Rok LI. Kraków, dnia 24. lutego 1912. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

(Ciąg dalszy).

X. L. p. 1101, 1908/9. Z. G., 33-letnia żona służącego z Sieniawy, przyjęta 23 września 1909. Rodziła 4. razy, zawsze w położeniu poprzecznem przy pomocy lekarskiej płody martwe. Ostatni peryod w połowie grudnia 1908 r., daty ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba dobrze zbudowana i odżywiona, przy końcu ciąży, z żywym płodem w położeniu poprzecznem pierwszem. Miednica płaska. Jej wymiary są następujące:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	30 »
D. troch.	30 »
C. ext.	19 »
C. diag.	10 »
C. vera (Bylicki)	8 »

29 września o godz. 1. rano wystąpiły bole porodowe; o w $^1/_2$-4 rano przystąpiono do operacyi (Dr Hermelin) W spokojnem uśpieniu chloroformowem, przy ułożeniu zwisłem według Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 150 cm³ rozczynu kwasu borowego, rozcięto w linii środkowej powłoki brzuszne, zaczynając na 2 palce poniżej pępka, a kończąc przy spojeniu łonowem. Po rozsunięciu mięśni prostych napotyka się pęcherz sterczący 5 cm. ponad spojenie. Otrzewna pokrywa $1^1/_2$ cm. jego przedniej ściany, dno i 5 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i zrasta z macicą o 8 cm. powyżej, w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek napięty ma długości 13 cm., licząc od pierścienia skurczowego do ujścia zewnętrznego.

Według sposobu Latzki, odsunięto pęcherz na prawo, a załamek otrzewnej ku górze, przez co odsłania się przednia ściana dolnego odcinka, na której od strony lewej widać 2 naczynia krwionośne grubości ołówka. Nacięto ją w linii środkowej, zaczynając na 1 cm. poniżej pierścienia skurczowego, a kończąc na 1 cm. powyżej ujścia zewnętrznego. Jest to więc cięcie 11 cm. długie. Krwawienia dotąd nie ma, brzegi rany nie cofają się wcale.

W ranę wstawia się pęcherz płodowy. Po jego przedarciu części poprzedzającej nie ma w dolnym odcinku, wobec czego wprowadzono rękę do jamy macicy i wydobyto płód obrotem na nóżki.

Po porodzie dziecka obkurcza się trzon, dolny zaś odcinek pozostaje bez zmiany. W chwilę potem, mimo ergotyny, rozkurcza się trzon i zaczyna krwawić. Gdy usunięcie łożyska sposobem Credégo nie wstrzymuje krwawienia, wypełniono jamę macicy gazą vioformową, której końce przeciągnięto do pochwy. Nad gazą zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, następnie zaś zamknięto ranę w powłokach brzusznych. Operacya trwała 75 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana zgojona doraźnie. 11. października wypuszczono pacyentkę, jako zdrową do domu.

Płód żywy, donoszony, wagi 3800 gram., długości 54 cm., utrzymany przy życiu.

XI. L. p. 52, 1909/10. M. R., 26-letnia żona rolnika ze Strutyna, przyjęta 23 września 1909 r. Rodziła 2 razy zawsze po strzaskaniu główki dziecka. Ostatni peryod 7. stycznia 1909, daty ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba dobrze zbudowana i odżywiona, w początku X. miesiąca ciąży, z płodem żywym, silnie rozwiniętym w położeniu poprzecznem drugiem. Miednica płaska, jej wymiary wynoszą:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	28 »
D. troch.	29 »
C. ext.	18 »
C. diag.	$10^1/_2$ »
C. vera (Bylicki)	$8^1/_2$ »

Chorą pomieszczono na oddziale ciężarnych. 11. paźdz. o godz. 7. wiecz. dostała bolów porodowych, a o $9^3/_4$ wiecz. przy ujściu rozwartem na guldena i utrzymanym pęcherzu, przystąpiono do operacyi (Dr Daum). W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w położeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm. rozczynu kwasu borowego, rozcięto powłoki brzuszne w linii środkowej, zaczynając na 3 palce poniżej pępka, a kończąc tuż nad spojeniem łonowem. Po rozsunięciu mięśni prostych widać pęcherz, wysterczający 7 cm. nad spojenie łonowe. Otrzewna pokrywa 2 cm. jego przedniej ściany, dno i 6 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i o 7 cm. powyżej zrasta się ze ścianą macicy w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek długości 11 cm., licząc od pierścienia skurczowego do ujścia zewnętrznego, mało wypuklony.

Po odsunięciu pęcherza na prawo, a załamka otrzewnej ku górze, co nie sprawia żadnych trudności, nacięto ścianę szyi macicy w długości 9 cm., zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc 2 cm. nad ujściem. Krwawi przytem z jednego naczynia, tuż poniżej pierścienia skurczowego. Po jego podwiązaniu przebiega dalsza operacya bezkrwawo. Po nacięciu macicy brzegi rany nie cofają się.

W ranę wstawia się pęcherz płodowy, a po jego prze-

biciu główka. Z trudnością, jednak bez jakichkolwiek pęknięć w obrębie rany, wydobyto ją kleszczami Hohla. Pod wpływem ergotyny obkurcza się trzon macicy, szyja zaś pozostaje bez zmiany.

W krótki czas potem wobec krwawienia z jamy macicy, wyciśnięto łożysko sposobem Credégo, poczem krwawienie ustało. Mimo to wypełniono macicę gazą vioformową, przeprowadzając koniec jej do pochwy. W końcu zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym i zamknięto powłoki brzuszne bez sączkowania. Operacya trwała 51 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana zgojona doraźnie. 2. listopada 1909 wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

Płód żywy, donoszony, wagi 4400 gram., długości 53 cm. utrzymano przy życiu.

XII. L. p. 574, 1909/10. A. S., 40-letnia żona rolnika z Woli Brzeskiej, przyjęta 12 kwietnia 1910 r. o godz. 3. pop. Rodziła 3 razy, zawsze przy pomocy pomniejszania płodu. Daty ostatniego peryodu, ani ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba miernie zbudowana, dobrze odżywiona, ciężarna w początku X. miesiąca, z płodem żywym w położeniu poprzecznem pierwszem. Miednica płaska, jej wymiary są następujące:

D. spin.	21	cm.
D. crist.	26	»
D. troch.	27	»
C. ext.	16	»
C. diag.	11	»
C. vera (Bylicki)	$8^1/_2$	»

Pacyentkę umieszczono na oddziale ciężarnych. 9. maja o godz. 1. rano wystąpiły bole porodowe, o $7^3/_4$ rano, wobec ujścia na dłoń rozwartego, w parę minut po odpływie wody płodowej przystąpiono do operacyi (Dr Barański). W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem według Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm^3 rozczynu kwasu borowego, przecięto w linii środkowej powłoki brzuszne, zaczynając 3 palce poniżej pępka, a kończąc tuż nad spojeniem łonowem. Po rozsunięciu mięśni prostych, widać pęcherz, wystający 4 cm. nad spojenie. Otrzewna pokrywa 2 cm. jego przedniej ściany, dno i 7 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i o 10 cm. powyżej zrasta się ze ścianą macicy w miejscu pierścienia skurczowego.

Po odsunięciu pęcherza na prawo, a załamka otrzewnej ku górze, odsłania się przednia ściana dolnego odcinka macicy. Przy oddzielaniu naddziera się otrzewna w 2 miejscach; naddarcia te zaraz zeszyto szwem katgutowym. Następnie przecięto ścianę maciczną na przestrzeni 10 cm., zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc 2 cm. nad ujściem zewnętrznem. Po przecięciu powyższem brzegi rany się nie rozchodzą. W ranę wstawiają się strzępy błon, pod niemi zaś pozostaje jama wielkości pięści, nie zmniejszająca się zupełnie. Po wprowadzeniu główki zabiegiem zewnętrznym w obręb dolnego odcinka, podłożono pod nią rękę i wyciśnięto płód zabiegiem Kristellera. W 5 minut potem wstawia się do rany łożysko i zostaje wyciśnięte zabiegiem Credégo. Pomimo ergotyny macica nie kurczy się dobrze i zaczyna krwawić. Wobec tego wypełniono ją gazą vioformową, której koniec przeprowadzono do pochwy. Dopiero teraz obkurcza się silnie trzon, podczas gdy szyja jak i poprzednio pozostaje bez zmiany. Teraz zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, przytwierdzono pęcherz do załamka otrzewnej i zamknięto powłoki brzuszne bez sączkowania. Operacya trwała 47 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zgojona doraźnie. 29 maja wypuszczono pacyentkę jako zdrową, z macicą prawidłowo zwiniętą w przodozgięciu, bez zrostów.

Płód żywy, donoszony, wagi 3350 gram., długości 52 cm. utrzymano przy życiu.

XIII. L. p. 995, 1909/10. A. D., 44-letnia żona robotnika, przyjęta 9. sierpnia 1910 r. Rodziła 3 razy, zawsze z pomocą lekarską, płody martwe. Ostatni peryod 8. grudnia 1909 r. Daty ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba miernie zbudowana i odżywiona, ciężarna przy końcu IX. miesiąca, z płodem żywym w położeniu czaszkowem drugiem. Miednica płaska; jej wymiary są następujące:

D. spin.	22	cm.
D. crist.	24	»
D. troch.	29	»
C. ext.	16	»
C. diag.	10	»
C. vera (Bylicki)	8	»

Pacyentkę pomieszczono na oddziale ciężarnych. 24 września 1910 r. rano początek bolów porodowych. O godz. 10 rano wobec ujścia rozwartego na guldena i nieustalania się części poprzedzającej, wobec przebiegu poprzednich porodów i kategorycznego żądania żywego dziecka, przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnienieniu pęcherza 150 cm^3 rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie w linii środkowej, sięgające ku górze na 3 palce poniżej pępka, ku dołowi do spojenia. Po rozsunięciu mięśni prostych, wstawia się pęcherz, wysterczający 8 cm. ponad spojenie łonowe. Otrzewna pokrywa $1^1/_2$—2 cm. jego przedniej ściany, dno i 6—7 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i o 8 cm. powyżej zrasta się ze ścianą macicy w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek długości około 13 cm., jednostajnie rozdęty, o ścianach cienkich 2—3 mm.

Po odsunięcia pęcherza na prawo, otrzewnej zaś nienaruszonej ku górze, przecięto przednią ścianę dolnego odcinka w długości około 11 cm. w linii środkowej, zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc na 2 cm. ponad ujściem zewnętrznem. Po przecięciu tej ściany, brzegi rany się nie cofają. Wstawiającą się główkę wydobyto lekko kleszczami Hohla.

Po porodzie dziecka pod wpływem ergotyny kurczy się prawidłowo trzon macicy, szyja zaś nie kurczy się wcale, tworząc jamę, mogącą wygodnie pomieścić 2 pięści. W 3 minuty potem wstawia się w ranę łożysko i zostaje wyciśnięte zabiegiem Credégo. Pomimo braku krwawienia wypełniono macicę gazą vioformową, której koniec przeprowadzono do pochwy, poczem zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym i bez sączkowania zamknięto powłoki brzuszne. Operacya trwała 35 m.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana zgojona doraźnie. 13. października wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

Płód żywy, donoszony, utrzymano przy życiu.

XIV. L. p. 7, 1910/11. P. R., 27-letnia żona cieśli, przyjęta 1. października 1910 r. Rodziła 2 razy. Pierwszy płód martwy przy pomocy lekarskiej, drugi przy pomocy cięcia cesarskiego. Daty ostatniego peryodu i ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba miernie zbudowana i odżywiona, 141 cm. wysoka, z wyraźnymi objawami przebytej krzywicy, ciężarna, przy końcu ciąży, z płodem żywym w położeniu skośnem drugiem. Miednica płaska krzywicza, jej wymiary wynoszą:

D. spin.	25	cm.
D. crist.	24	»
D. troch.	30	»
C. ext.	$15^1/_2$	»
C. diag.	$7^1/_2$	»
C. vera (Bylicki)	$5^1/_2$	»

1. października o godz. 6 wiecz. początek bolów porodowych. O godz. $9^3/_4$ wiecz. przy ujściu drożnem dla palca przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem według Trendedelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm³ rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie łukowate, poprzeczne, według Pfannenstiela, przez skórę i powięź brzuszną. W górnej części rany skóra przyrosła do podłoża w miejscu poprzedniej operacyi, a mięśnie w tem miejscu zbliznowaciałe; w dole żadnych blizn nie ma. Po odsunięciu tego płatu ku górze i rozsunięciu mięśni prostych w linii środkowej, znaleziono pęcherz, wysterczający 8 cm. ponad spojenie łonowe, ułożony przeważnie po stronie lewej w ten sposób, że bok jego przekracza zaledwie linię środkową. Otrzewna pokrywa około 1 cm. jego przedniej ściany, dno, i około 8 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i zrasta się z macicą o 9 cm. powyżej, w miejscu pierścienia skurczowego. Wobec powyższego stanu rzeczy, postępując atypowo, odsunięto pęcherz ku stronie lewej, a załamek otrzewnej ku górze i przecięto dolny odcinek w linii środkowej, zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc na 1 cm., powyżej ujścia zewnętrznego. Cięcie to ma długości około 10 cm. Po przecięciu dolnego odcinka wstawia się w ranę pęcherz płodowy, a po jego przedarciu główka, którą wytoczono podłożoną ręką. W 5 minut potem odchodzi łożysko, wyciśnięte zabiegiem Credégo. Macica kurczy się dobrze, krwawienia nie ma przez cały czas operacyi. Po przecięciu ściany dolnego odcinka, brzegi rany nie rozchodzą się i żadnych skurczów nie widać, tak samo i później. Owszem przez cały czas trwania operacyi pozostaje dolny odcinek jako jama wielkości przeszło pięści, nie zmieniająca się zupełnie.

Po porodzie łożyska, mimo braku krwawienia wypełniono jamę macicy gazą vioformową, której koniec przeprowadzono do pochwy i zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym. Przytwierdzono pęcherz w jego właściwem położeniu i bez sączkowania zamknięto powłoki brzuszne.

Badanie wnętrza macicy, wykonane ręką zaraz po porodzie, wykazuje poprzeczne ścieńczenie w dnie macicy, a nadto wystającą nieco listewkę (prawdopodobnie bliznę), leżącą w linii środkowej i sięgającą prawie do pierścienia skurczowego. W tem miejscu, szczególniej w dole, ściana jest ścieńczała i przyrosła do blizny w powłokach brzusznych.

Operacya trwała 45 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zgojona doraźnie. 18. października wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

Płód żywy, donoszony, wagi 3700 gram., długości 52 cm., utrzymano przy życiu.

Przeglądnięcie dostępnego mi piśmiennictwa z ostatnich czasów, ściśle biorąc ostatnich lat czterech, w których po podaniu sposobu Franka zaczęto ogólnie zajmować się cesarskiem cięciem nadłonowem, pozwoliło mi zebrać 586 jego przypadków, w czem wliczyłem już i moje.

Chcąc ocenić wartość zestawienia, należy przedewszystkiem odpowiednio je rozczłonkować, połączyć ze sobą grupy, mające jednolite zasady podstawowe i przeciwstawić je innym, opierającym się na przeciwnem postępowaniu. Zestawienie takie jedynie będzie bezstronne, biorąc surowe cyfry za punkt wyjścia, nic nie ujmując, ani nie dodając i tylko takie dać może wskazówki do ocenienia operacyi i do ustalenia jej wskazań dla ogółu lekarzy. Obejmuje ono bowiem nietylko serye poszczególnych autorów, lecz także pojedyncze przypadki, operowane często w najniekorzystniejszych warunkach, nierzadko przez ludzi, którzy może nigdy w życiu więcej nie będą mieli sposobności wykonania po raz drugi cięcia cesarskiego. Jeżeliby wyniki takiego zestawienia były gorsze od dotychczasowych, wtedy naturalnie postępowanie nowe nie miałoby podstawy i słusznie należałoby je uważać za słomiany ogień, nie za postęp, w myśl zapatrywań, które w swoim artykule polemicznym wygłosił Roth. Jeżeli jednak wyniki te okażą się lepsze — a przy takiem zestawieniu tak pod względem ilości jak i jakości wykluczyć można cyfry przypadkowe, — w takim razie powinniśmy mieć odwagę zarzucić postępowanie dawne lub też znacznie je ograniczyć, chociażby ono uświęcone było nawet wiekami i uratowało życie tysiącom ludzi. Nie powinno się mojem zdaniem trwać przy jednych zasadach, choćby były nawet bardzo dobre, z chwilą, gdy wyłonią się inne, lepsze.

Gdyby okazać się miało, że cięcie nadłonowe, albo jego poszczególne odmiany dają wyniki lepsze od dotychczasowych, wchodzićby mogła tylko w grę okoliczność, czyby operator mniej wprawny w warunkach trudnych dał sobie radę z zabiegiem równie łatwo, jak z poprzednim, ewentualnie, czyby zdołał pokonać trudności. Powyższa okoliczność, zdaje mi się, zupełnie w grę nie wchodzi. Wśród dotychczas znanych przypadków są już przykłady takich operacyi poza kliniką, a jeżeli się zważy, że w przeważnej liczbie zabiegów zostaje czas do namysłu, można słusznie wymagać, aby przygotowano warunki w ten sposób, iżby operacya w najlepszych szansach dla chorej odbyć się mogła. Jeżeli zaś kto sam odważa się na wykonanie cięcia cesarskiego, musi umieć operować, gdyż i w jamie brzusznej i poza nią spotkać go mogą rozmaite powikłania, wymagające wyrobionej techniki operacyjnej, a niezależne od porodu. Dla takiego zaś wykonania cięcia cesarskiego wśród- czy zewnątrzotrzewnie nie może stwarzać zasadniczych różnic. Wreszcie chciałbym podnieść, że czas trwania jednej i drugiej operacyi jest mniej więcej równy, a tylko przy cięciu cesarskiem klasycznem samo wydobycie płodu wykonać się daje łatwiej, a temsamem prędzej, niż przy cięciu nadłonowem. Dlatego też słusznie, nie wdając się jeszcze zupełnie w ocenę zestawień i ich wyników, przyznać trzeba, że cięcie cesarskie klasyczne wskazane będzie w nielicznych przypadkach, gdzie chodzi o jak najszybsze wydobycie płodu, n. p. w agonii matki, lub też po jej śmierci.

Statystykę moją rozbiłem odrazu na szereg poddziałów, opierających się na poszczególnych różnych szczegółach. I tak: oddział pierwszy obejmuje przypadki, operowane przezotrzewnie, i zbliża się najwięcej do dawnego klasycznego cięcia cesarskiego. Dział drugi składa się z przypadków operowanych zewnątrzotrzewnie, przy których ani na chwilę nie otwarto jamy otrzewnej ani umyślnie, ani przypadkowo. Działy III. i IV. stanowią przejścia między poprzedniemi, a mają wspólne chwilowe otwarcie otrzewnej i to: przypadkowe, albo umyślne. Dział V. wreszcie obejmuje przypadki, w których przy zamierzonem cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem zmieniono plan operacyjny i ukończono zabieg wśródotrzewnie.

Mając powyższe poddziały obliczone, można bardzo łatwo łączyć je z sobą dowoli, stosownie do różnych zapatrywań, i uzyskać z wszelką łatwością dostateczne oświetlenie punktów spornych.

Statystyka, w tej formie, jak ją podaję, jest po-

wołana do bezwzględnego ocenienia operacyi, bez zwracania uwagi na sprawność operatora i na warunki operacyjne. Ocenienie względne operacyi jako takiej opierać się musi na statystykach, pochodzących z ręki jednego operatora i wykonanych zawsze w tych samych warunkach, co jest możliwe tylko w zakładach położniczych. Najwięcej wartości miałoby zestawienie przypadków, operowanych naprzemian raz jednym, raz drugim sposobem przez tego samego operatora, gdyż pod tym względem poszczególne lata przynoszą czasem tak znaczne różnice, że przy tym samym zabiegu wyniki są bez porównania inne. Jako przykład przytoczę przewrót, dokonany w niedawnym stosunkowo czasie przez prace Listera i Semmelweissa, które wogóle dały podstawę do rozwoju chirurgii, albo znowu szereg ulepszeń ostatniego dziesiątka lat, który zmienił prawie do niepoznania działy operacyjne. Zestawień takich nie mamy, chcąc nie chcąc musimy się więc opierać na statystykach tych samych operatorów, pochodzących z różnych czasów, ale wykonanych przez jednego człowieka. Dlatego też, sądzę, jest obowiązkiem każdego, który był świadkiem wprowadzenia nowej operacyi i który przeprowadzał ją sposobem dawnym i nowym, wydać sąd swój, nieuwzględniający wyników ogólnych. Takie zestawienia określają względną wartość operacyi, mogą mieć zastosowanie tylko do pojedynczych ludzi, a prawie nie mają znaczenia dla ogółu.

Postępując według powyższych zasad, chciałbym przedewszystkiem ustalić wyniki statystyki ogólnej. Co do przypadków śmierci są one następujące (obacz tablice poniżej):

Cóż mówi to zestawienie? Dla jego oceny należy je przedewszystkiem porównać z wynikami cięcia cesarskiego klasycznego, przeciw któremu się zwraca. Biorąc wszystko razem, daje cięcie cesarskie nadłonowe 6·30% przypadków śmierci, w czem jednak tylko 3·24% zależnych jest od samego zabiegu. Jeżeli się przyjmie, że postępowanie dawniejsze, na ogół biorąc, dawało 4%—8% śmiertelności, to różnice te nie byłyby zbyt duże. Zauważyć tu jednak należy, że od szeregu już lat nawołuje się ciągle, aby cięcie cesarskie wykonywać tylko na osobach bezwzględnie czystych, t. z. takich, które 2—3 tygodni przed wykonaniem operacyi nie były badane wewnętrznie i które naturalnie nie okazują najmniejszych nawet objawów jakiegokolwiek zakażenia. Jeżeli się weźmie zestawienie takich samych przypadków cięcia nadłonowego, to śmiertelność wśród nich spada na 2·05%, w czem tylko

Matki.

	Czyste				Podejrzane				Zakażone				Razem			
	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	niezal.	Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	niezal.	Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	niezal.	Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	niezal.	Razem
I.	97	1 1·03%	1 1·03%	2 2·06%	40	4 10%	3 7·5%	7 17·5%	39	4 10·26%	2 5·13%	6 15·39%	176	9 5·11%	6 3·41%	15 8·52%
III.	31	1 3·23%	—	1 3·23%	8	1 12·5%	—	1 12·5%	16	—	1 6·25%	1 6·25%	55	2 3·64%	1 1·82%	3 5·46%
IV.	17	—	2 11·76%	2 11·76%	9	—	—	—	6	2 33·33%	1 16·67%	3 50%	32	2 6·25%	3 9·37%	5 15·62%
V.	19	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	—	25	—	—	—
I. III. IV. V.	164	2 1·22%	3 1·83%	5 3·05%	60	5 8·33%	3 5%	8 13·33%	64	6 9·38%	4 6·25%	10 15·63%	288	13 4·51%	10 3·47%	23 7·99%
II.	129	—	1 0·78%	1 0·78%	118	2 1·69%	4 3·38%	6 5·08%	52	4 7·69%	3 5·77%	7 13·46%	299	6 2·01%	8 2·68%	14 4·68%
I. II. III. IV. V.	293	2 0·68%	4 1·37%	6 2·05%	178	7 3·93%	7 3·93%	14 7·86%	116	10 8·62%	7 6·03%	17 14·66%	587	19 3·24%	18 3·07%	37 6·30%

Płody.

	Czyste				Podejrzane				Zakażone				Razem			
	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	niezal.	Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	niezal.	Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	niezal.	Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	niezal.	Razem
I.	98	—	1 1·02%	1 1·02%	40	—	2 5%	2 5%	39	1 2·57%	1 2·57%	2 5·13%	177	1 0·56%	4 2·26%	5 2·83%
III.	31	—	—	—	8	—	—	—	16	1 6·25%	—	1 6·25%	55	1 1·82%	—	1 1·82%
IV.	17	—	—	—	10	—	—	—	6	1 16·66%	—	1 16·66%	33	1 3·03%	—	1 3·03%
V.	19	—	1 5·26%	1 5·26%	3	—	—	—	3	—	1 33·33%	1 33·33%	25	—	2 4%	2 4%
I. III. IV. V.	105	—	2 1·21%	2 1·21%	61	—	2 3·28%	2 3·28%	64	3 4·69%	2 3·12%	5 7·81%	290	3 1·03%	6 2·07%	9 3·10%
II.	129	1 0·78%	1 0·78%	2 1·55%	119	—	7 5·88%	7 5·88%	53	2 3·77%	—	2 3·77%	301	3 1%	8 2·66%	11 3·65%
I. II. III. IV. V.	294	1 0·34%	3 1·02%	4 1·36%	180	—	9 5%	9 5%	117	5 4·27%	2 1·71%	7 5·98%	591	6 1·02%	14 2·37%	20 3·38%

0·68% zależnych jest od samej operacyi. Różnice teraz uderzają w oczy.

Tak wygląda obraz ogólny. Ponieważ jednak cięcie nadłonowe składa się z dwu odmian, zupełnie różnych od siebie, charakterystycznych otwarciem lub nie otwarciem jamy otrzewnej, należy uwzględnić i ten podział w cyfrach. Postępując zupełnie ściśle, musi się w poddział I. zszeregować wszystkie przypadki, w których otwarto jamę brzuszną, a więc nietylko te, w których robiono to umyślnie, lecz także takie, w których było to rzeczą przypadkową. Nie przeczę, że inaczej trzeba się zapatrywać na rozcięcie szerokie brzucha, wystawiające wszystkie narządy wewnętrzne co najmniej na dłuższe działanie powietrza, i na takie, w których naddarto otrzewnę na małej przestrzeni i w tej chwili ją zamknięto; dla przeciwstawienia jednak operacyi wśród- i zewnątrzotrzewnej, wszystkie one muszą być połączone razem i porównana grupa II. z jednej strony z grupą I, III, IV i V ze strony drugiej.

Ogółem biorąc cięcie zewnątrzotrzewne daje 4·68% śmiertelności, wśródotrzewne szyjne 7·99%. W pierwszem jednak zaledwie 2·01% zależy od samego zabiegu, w drugiem odpowiada temu liczba 4·51%. Stosunek ten charakteryzuje doskonale ważność wciągnięcia w grę samej otrzewnej i jest dla ocenienia operacyi zewnątrzotrzewnej wprost bezcenny. Jeszcze lepiej widać to w zestawieniu przypadków czystych, w którem cięcie zewnątrzotrzewne daje 0·78% śmiertelności, wśródotrzewne szyjne 3·05%. W pierwszem z winy operacyi nie zmarła żadna chora, w drugiem ginie ich 1·28%. Dodać tu muszę, że grupa tych czystych zabiegów obejmuje dla cięcia zewnątrzotrzewnego 129 przypadków, dla wśródotrzewnego szyjnego 164, liczby dość duże dla wykluczenia przypadku.

Mimowoli nasuwa się pytanie, skąd się bierze powyższa śmiertelność i na to pytanie znaleść można odpowiedź w mojem zestawieniu. Cięcie przezotrzewne w przypadkach czystych dało śmiertelność 3·05%, w podejrzanych 13·33%, w zakażonych 15·63%. Widocznie więc istnienie zakażenia, choćby tylko podejrzane, pogarsza nieproporcyonalnie szanse operacyjne i słusznie z tych liczb można już powiedzieć, że obowiązywać w tem cięciu będą zasady, przyjęte dla cięcia cesarskiego klasycznego, że więc wbrew ogólnie wygłaszanemu zdaniu nadaje się ono wyłącznie do przypadków czystych. Powodu zwiększenia się śmiertelności szukać można w powikłaniach przyrannych, odgrywających się wśród jamy otrzewnej, albo też w zakażeniu ogólnem, istniejącem już poprzednio. Jeżeli pierwsze jest słuszne, wtedy cięcie zewnątrzotrzewne, w którem jama brzuszna w grę nie wchodzi, powinno dać cyfry odmienne, w przeciwnym razie podobne. Daje ono: dla przypadków czystych śmiertelność 0·78%, dla podejrzanych 5·08%, dla zakażonych 13·46%. Różnica uderzająca w oczy leży w cięciu wśródotrzewnem między przypadkami czystymi a podejrzanymi, w zewnątrzotrzewnem postęp jest równomierny.

Nadto wykazują przypadki podejrzane największą właśnie różnicę między cięciem wśród- i zewnątrzotrzewnem, różnicę, która później, w przypadkach zakażonych, zaciera się prawie zupełnie. Przy cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem, gdzie otrzewna zupełnie w grę nie wchodzi, zwiększanie się śmiertelności odnosić można tylko do stopnia zakażenia i przypuszczać z góry, że będzie ona coraz większa w postępie od przypadków czystych do zakażonych i że postęp ten będzie mniej więcej równomierny. Przypuszczenie to zgadza się w zupełności z cyframi (0·78%, 5·08%, 13·46%). Jeżeli powyższe cyfry, jako obraz groźności zakażenia, przeniesie się na cięcie wśródotrzewne, to każda nadspodziewana różnica musi być uznana jako wynik współdziałania otrzewnej.

Jeszcze wyraźniej występuje powyższe porównanie przy ocenieniu śmiertelności, zależnej od samej operacyi. Cięcie zewnątrzotrzewne daje tu śmiertelność stopniowo się wzmagającą, zależnie od stopnia zakażenia (0·%, 1·69%, 7·69%). Gdzie zakażenia nie ma, tam nie ma i śmiertelności, gdzie jest podejrzane lub stwierdzone, tam też i procent śmiertelności postępuje w górę. Zupełnie inaczej przedstawia się rzecz w cięciu wśródotrzewnem (1·22%, 8·33%, 9·38%). Tu nie stopień zakażenia odgrywa rolę, lecz fakt, że zakażenie to weszło w związek z otrzewną. I to właśnie należy szczególnie podkreślić.

Dla uzupełnienia dokładności obrazu, należałoby jeszcze cyfry powyższe porównać z wynikami klasycznego cięcia cesarskiego. Porównanie nadzwyczaj trudne, gdyż statystyki cięcia klasycznego według panujących w Europie przekonań obejmują prawie wyłącznie czyste przypadki. Skorzystać tu mogę jednak z zestawień Routha, podanych na ostatnim zjeździe ginekologów w Petersburgu we wrześniu 1910 r., a opartych na 1000 przypadkach, pochodzących z Anglii, gdzie wykonywano cięcie cesarskie bez względu na stopień zakażenia. Zestawienie to wykazuje śmiertelność dla cięcia cesarskiego klasycznego w ciąży 4·3%, podczas porodu przy utrzymanym pęcherzu 4·7%. Obie te rubryki odpowiadają dzisiejszym przypadkom czystym. Przypadki operowane po pęknięciu pęcherza, odpowiadające podejrzanym, dały 9·4% śmiertelności, przypadki po licznych badaniach, a więc równorzędne zakażonym, 35·4%. Powyższe zestawienie spróbuję porównać z wynikami mojej statystyki, zaznaczając tylko, że ponieważ nie wiem, wiele przypadków śmierci w obliczeniu Routha idzie na karb samej operacyi, biorę cyfry mego zestawienia, ilustrujące wogóle śmiertelność bez względu na jej przyczyny. Choć to nie jest porównanie bezwzględnie ściśle, to jednak wystarczy.

	Czyste		Podejrzane	Zakażone
	w ciąży	w porodzie przed pęknięciem pęcherza		
Sectio caesarea classica	4·3	4·7	9·4	35·4
Sectio caesarea cervicalis intra- et transperitonealis	3·05		13·33	15·63
Sectio caesarea cervicalis extraperitonealis	0·78		5·08	13·46

Sądzę, że żadnych dalszych objaśnień nie trzeba!

Podobnie przedstawia się sprawa śmiertelności płodów. Choć zasadniczo powinno się przypuszczać, że płody urodzone przy pomocy cięcia cesarskiego powinny wszystkie pozostać przy życiu, i choć zasady te wygłasza się

właśnie jako zaletę cięcia cesarskiego tak dalece, że w bardzo wielkiej liczbie przypadków poddaje się matkę operacyi tylko ze względu na utrzymanie życia płodu, to przecież zestawienia większe wykazują pewną ich śmiertelność. Powodów tego szukać należy z jednej strony w niedostatecznym rozwoju dzieci, odnośnie do przypadków, w których musiano wykonać cięcie cesarskie przed końcem ciąży, w chorobach przebywanych w łonie matki, lub wreszcie w schorzeniach matki podczas ciąży, których zarodek płód już z sobą na świat przynosi. Sam zabieg, zwłaszcza przy technice cięcia cesarskiego klasycznego, teoretycznie rzecz biorąc, jest dla płodu bez żadnej wątpliwości zupełnie obojętny. Rozumując teoretycznie, powinno się przypuszczać, że cięcie cesarskie przezotrzewne szyjne, a tembardziej zewnątrzotrzewne, stworzyć powinno warunki gorsze dla życia płodu ze względu na dłuższy czas trwania, upływający od początku operacyi do chwili porodu płodu i ze względu na dość częste trudności wydobycia główki, zmuszające do użycia n. p. kleszczy. Praktyka jednak wykazuje wprost przeciwne wyniki, dowodząc raz jeszcze, że wszelkie obliczenia teoretyczne mają tylko bardzo względną wartość. Cięcie cesarskie przezotrzewne szyjne dało ogółem 3·10% przypadków śmierci płodu, w czem 1·03% odnosi się do płodów, obumarłych przed operacyą. Cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne wykazuje 3·65% płodów nieżywych, od czego 1% odtrącić należy na płody już martwe przed zabiegiem. Cyfry te są mniej więcej równe sobie, co dowodzi, że różnica w postępowaniu wśród- i zewnątrzotrzewnem dla dziecka nie odgrywa żadnej roli, jak, znając przebieg operacyi, już z góry spodziewać się można było. W przeciwstawieniu do powyższych cyfr wykazuje statystyka Hammerschlaga, ogłoszona na posiedzeniu Tow. ginekologicznego w Berlinie 11 marca 1910 r., a obejmująca 550 przypadków cięcia klasycznego, śmiertelność płodów $7^1/_2$%, to zn. dwa razy wyższą, niż przy cięciu cesarskiem nadłonowem, i pod tym względem porównanie bezstronne przechylić musi szalę na stronę cięcia nadłonowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odma piersiowa sztuczna

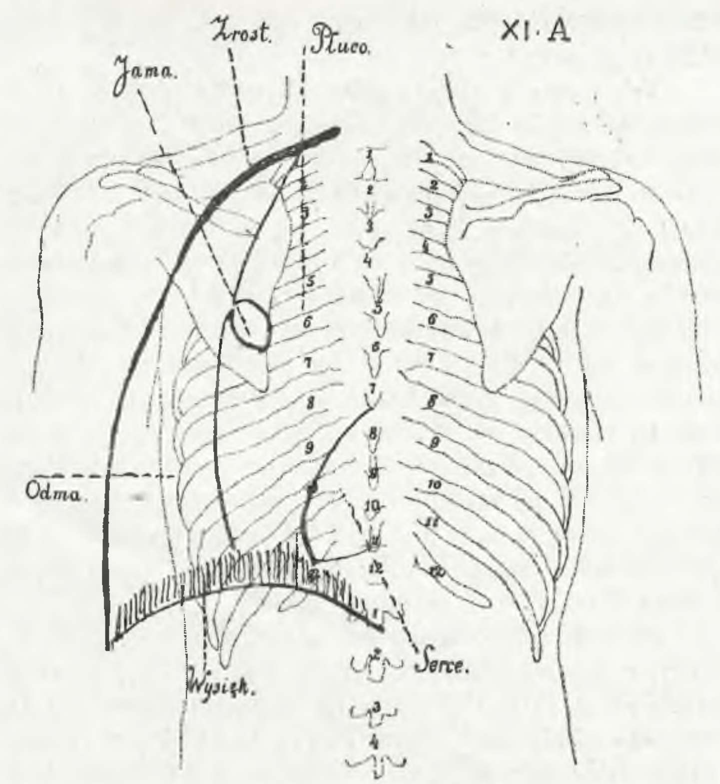
napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Dokończenie).

XI. Tuberculosis totius pulmonis sinistri. Pneumothorax sinister. Tuberculosis lobi superioris dextri. (Roentgen: Sero-(pyo?)-pneumothorax sinister. Infiltratio et destructio fere totius pulmonis sinistri. Caverna lobi superioris pulmonis sinistri ad cavum pleurae perforata. Infiltratio lobi superioris pulmonis dextri). Complementatio artificialis pneumothoracis. (Insufflatio: 13. XII. 1911). Amelioratio distincta.

A. K., lat 30, oficyalista. Chory na gruźlicę płuc od lat sześciu; przez ten czas dwukrotnie leżał na oddziale dla chorych piersiowych szpitala żydowskiego: osiągnięta poprawa mijała po roku, dwu. W ostatnim czasie przez dziesięć miesięcy leżał w łóżku, gorączkując. Do szpitala wstąpił



Przypadek XI. A) Schematyczny rysunek radiogramu płuca lewego przed rozpoczęciem leczenia. Płuco zapadnięte pod wpływem odmy samoistnej; w płucu jama pęknięta do opłucnej.

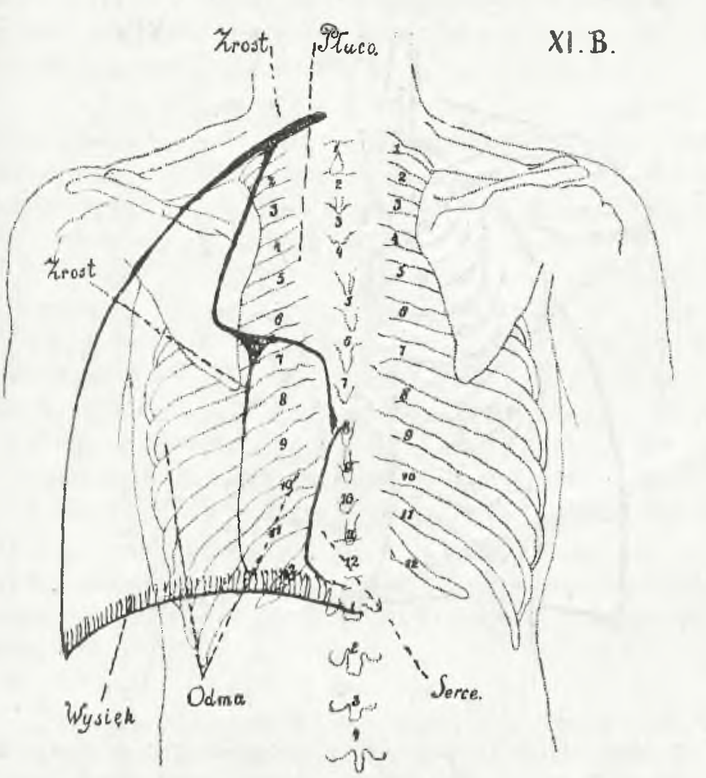
10. XII. 1911 w stanie rozpaczliwym: wyniszczenie, brak sił; chodzi z trudem, zgarbiony. Stan podgorączkowy. Tętno 120. Łaknienie dobre. Wykazanego przez radioskopię płynu w jamie opłucnej nie można było przy nakłuciu wydostać, więc trudno określić, czy był to wysięk surowiczy, czy też ropny. Wytworzenie odmy sztucznej, t. j. zwiększenie istniejącej odmy samoistnej, mogło, ucisnąwszy jamę, wycisnąć jej zawartość do opłucnej i tę zgubnie zakazić; mogło też jednak ucisnąć jamę i zamknąć. Wobec beznadziejnego stanu chorego zdecydowałem się na zabieg. Tuż po insuflacyi (500 cm^3 azotu) chory wypluł naraz parę łyżek płynnej plwociny ropnej; była to wyciśnięta treść jamy, komunikującej z oskrzelem; przez pierwsze 2—3 tygodnie chory odkrztuszał takąż plwocinę, cuchnącą — co było dowodem, że udało się treść jamy wycisnąć na zewnątrz, a nie do opłucnej. Przebieg ciepłoty, zarówno jak i badanie radiologiczne o tem samem świadczyły. Obecnie chory ma się znakomicie lepiej: chodzi żwawo, czuje się poprostu odrodzony; na wadze przybrał 3 kilogr. Gorączka dochodzi (po reinsuflacyach) do 37,4; tętno 84—88, plwociny o wiele mniej, niż dawniej.

Jest to przypadek bardzo wybitnej poprawy beznadziejnej gruźlicy płuc; ponieważ płuco jest dosyć dobrze uciśnięte, można tu dobrze rokować o dalszem powodzeniu leczenia.

Już jednak dziś powiedzieć wolno, że żadna ze znanych metod leczniczych nie mogłaby w tak krótkim stosunkowo czasie przeobrazić stanu beznadziejnego niedołęstwa w stan, który sprawia wrażenie wyzdrowienia, a nie ciężkiej choroby; — uczynić to przeobrażenie przy pomocy zabiegów bardzo prostych, stosowanych w szpitalu wielkomiejskim!

XII. Tuberculosis totius pulmonis dextri subacuta. Tuberculosis laryngis. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri. Infiltratio vasorum lymphaticorum et glandularum pulmonis sinistri) Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. (Insufflatio 28. XII. 1911). Amelioratio.

Ch. Sz., lat 30, kupiec, kaszle od lat trzech; przez ten czas miewał krwioplucia, gorączki, nie pracował. Od paru miesięcy znaczne pogorszenie stanu ogólnego i objawów



Przypadek XI. B) Schematyczny rysunek radiogramu płuca lewego po czterech tygodniach leczenia. Płuco niedoskonale uciśnięte; od dolnej jego powierzchni — długi pasemkowaty zrost do przepony. Serce odsunięte na prawo. (Jama niewidoczna).

płucnych. Chrypka. Przybył do szpitala 27. XII. 1911. Wybitna bladość powłok. Tętno 112—116. Ciepłota podgorączkowa. Oddech do 28—32 na minutę, w spokoju. Badanie wykazuje oddech oskrzelowy w całem płucu prawem, ku dołowi coraz słabszy; liczne rzężenia wilgotne. Ruchomość granicy dolnej — przy badaniu radiologicznem — bardzo wyraźna. W gardle (badanie kol. Rabinowicza): Ulcera chordarum vocalium. Pachydermia. (Tuberculosis laryngis).

Wytworzenie odmy napotyka na trudności; wbrew wykazanej ruchomości dolnych granic płuca — trzykrotne próby znalezienia wolnej jamy opłucnej w dolnych częściach klatki piersiowej pozostały bez skutku (ponieważ obecnie mamy na tej przestrzeni odmę, nie zrosty były przyczyną niemożności dojścia do jamy opłucnej, jeno chyba zgrubienia opłucnej, poprzez które nie mogła się wyłonić igła Saugmana). Odmę wytworzono przez nakłucie w IV. międzyżebrzu przedniem. Obecnie mamy odmę niedoskonałą anatomicznie, ale dostateczną fizyologicznie, ponieważ stan chorego poprawił się, zarówno ogólny, jak i objawy ze strony płuc. Szczególnie godną jest uwagi znakomita poprawa ze strony krtani, w której pod wpływem leczenia miejscowego (przyżeganie kw. mlecznym) w ciągu 4 tygodni owrzodzenia krtani się zagoiły (zostało tylko zaczerwienienie lewej struny głosowej; pachydermia znikła zupełnie).

XIII. Tuberculosis pulmonis sinistri et lobi superioris dextri — acuta. (Roentgen: Tuberculosis nodosa et ulcerosa disseminata recens pulmonis sinistri. Tuberculosis disseminata pulmonis dextri, partim inveterata, partim recens. Calcificationes nonnullae ibidem. Pleuritis adhaesiva dextra. Tuberc. glandul. lymph. ad hilum pulm. dextr.). Enteritis tuberculosa. (Tub. regionis ileo-coecalis). Pneumothorax artificialis exquisitus. (Insufflatio 10. XII. 1911). Erysipelas faciei et capillitii. Exitus letalis (10. I. 1912).

J. Sz., pisarz parafialny, lat 32. Zachorował w lipcu r. 1911; choroba zaczęła się od krwotoków wielokrotnych; chory wyjechał na wieś. gdzie stan się pogarszał. Od początku choroby duszność, gorączka, poty, silne wychudnięcie (stracił na wadze 40 funtów). Od lat sześciu cierpi na zaburzenia jelitowe, połączone z bólami w okolicy kątniczej prawej. Do szpitala wstąpił 9. XII. 1911. Sinica; duszność (do 40 oddechów w spokoju); tętno 140. Ciepłota 39·7. Stępienie opukowe nad całem płucem lewem i nad górną częścią płuca prawego. Oddech lekko zaostrzony, nieliczne rzężenia. Kaszel suchy, ze skąpą plwociną, zawierającą bardzo liczne laseczniki gruźlicze. Guz bolesny w okolicy kątniczej prawej. Na prośby chorego (skierowanego do szpitala przez kol. Glogera) uczyniłem próbę leczenia odmą sztuczną; był to przypadek, w którym »nie było nic do stracenia«.

Odmę wytworzyłem bardzo łatwo. Chorego do pokoju operacyjnego początkowo noszono; potem sam przychodził; ostatniej reinsuflacyi dokonałem (nie chcąc wprowadzić do pokoju operacyjnego chorego z różą) na sali. Wprowadzałem naraz nie więcej, niż 300 cm^3 gazu; nigdy ciśnienia w jamie opłucnej nie doprowadziłem wyżej — 1 wody.

Przez cały czas pobytu w szpitalu dokuczały choremu bóle brzucha i rozwolnienie. D. 29. XII. 1911 wystąpiła róża na twarzy, potem na całej owłosionej części głowy.

Po drugiej reinsuflacyi, 12. XII, ciepłota spadła poniżej 38^0, przyczem wogóle ponad 37^0 wznosiła się tylko na bardzo krótko, nie dłużej, niż na 1—1$^1/_2$ godzin (mierzono co dwie godziny prawie przez całą dobę); bywały dni (17, 18, 28 grudnia) zupełnie bezgorączkowe. Sinica zupełnie ustąpiła. Tętno 80.

Stan zdawał się tak dalece lepszy, że myślano już o uwolnieniu chorego od najwięcej dokuczającej mu dolegliwości, — o operacyi w okolicy kiszki ślepej.

Zwrot w przebiegu sprawiło powikłanie różą twarzy i głowy; od chwili wystąpienia tego cierpienia, (na które już dawniej zapadał), gorączka dochodziła do 40^0, nie spadała niżej 37·8^0. Niemniej jednak, ani charakter tętna, ani inne objawy (nie było ani większej duszności, ani sinicy) nie wskazywały na to, co się działo wówczas w płucach

Chory zmarł d. 10. I. 1912 bardzo spokojnie, zupełnie przytomnie.

Na sekcyę rodzina nie zgodziła się. Moje nalegania tyle tylko zdziałały, że zezwolono na wyjęcie płuca lewego, które leżało w wolnej od zrostów (prócz delikatnego zrostu u szczytu) jamie, zmniejszone do $^1/_3$ wielkości prawidłowej.

Badanie tego płuca wykonał kol. Fr. Lange (któremu za tę pomoc niniejszem dziękuję).

»Zupełnie skurczone atelektatyczne płuco lewe, wielkości jaja strusiego; opłucna wszędzie mętna, miejscami nieco zgrubiała; resztki delikatnych zrostów. Narząd, w formolu przechowany, spoistości na ogół twardawej, ma miejsca miększe i twardsze. Poprzez delikatniejsze miejsca opłucnej przeświecają prawie na całej powierzchni narządu gruzełki wielkości łebka od szpilki aż do ziarnka prosa. Oba płaty są z sobą zlutowane, języczek ruchomy.

Na przecięciu pionowem poprzecznem widać, że tkanka płucna jest wszędzie bezpowietrzna, ale doskonale ukrwiona. Na powierzchni wszystkich cięć widoczne są przekroje mniejszych i większych, zupełnie zserowaciałych, częściowo miękkich i półpłynnych, częściowo twardszych guzów, które na ogół w częściach brzeżnych nie wykazują skłonności do ograniczania łącznotkankowego; w kilku miejscach te guzy okazują się jako jamki oskrzelowe o zawartości zgęszczonej. W płacie dolnym małe guzki świeżo postępującej gruźlicy, typowo około-oskrzelowo ułożone. Tkanka między tymi guzkami, ogniskami i jamami usiana gruzełkami; w płacie górnym jest ich więcej niż w dolnym.

Gruczoły wnęki powiększone, zawierają ogniska zupełnie zserowaciałe.

Rozpoznanie: Płuco zupełnie atelektatyczne (po sztucznej odmie piersiowej). Dosyć świeża postępująca gruźlica obu płatów. Świeży prosówkowy, prawdopodobnie krwio-

pochodny (hematogen), wysiew. (Wobec stwardnienia narządu niemożna wynaleść miejsca wniknięcia zarazka).«

Jeśli w opisanym przypadku suchot galopujących podjąłem się próby leczenia odmą sztuczną, to czyniłem to w przekonaniu, że zaszkodzić choremu niczem nie mogę. Więcej, niż miesiąc życia, nikt mu rokować nie mógł w chwili jego przybycia do szpitala.

Spostrzeżenie powyższe ma wartość jako dowód wielce przeobrażającego wpływu odmy na przebieg nawet ostrej gruźlicy płuc; cały ostatni okres różnił się bardzo od zwykle w podobnych przypadkach spostrzeganego, różnił się złagodzeniem objawów, jakie okazywał chory przed założeniem mu odmy sztucznej. Czy wysiew świeżych gruzełków powstał przed 29. XII. 1911 (wystąpienie róży), czy też potem, orzec trudno. Nie zmieniłoby jednak rozstrzygnięcie tego pytania widoków polepszenia w danym przypadku, w którym ostra gruźlica daleko była posunięta i w każdej chwili groziła uogólnieniem choroby.

Ostatni przypadek, jaki podaję, tyczy się chorego, u którego nie ja odmę wytwarzałem, tyczy się jednak mego pacyenta, u którego wskazania do operacyi postawiłem i którego reinsufluję od pół roku z górą.

XIV. Tuberculosis cavernosa pulmonis dextri chronica, exacerbata. (Pleuropneumonia tuberculosa lobi inferioris dextri recens). Tuberculosis apicis pulmonis sinistri. (Roentgen: Infiltrationes disseminatae totius pulmonis dextri et apicis pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis fere exquisitus. (Insufflatio 4. IV. 1911). Amelioratio distincta.

J. F., lat 28, z rodziny ciężko obciążonej. Zachorował w r. 1904; choroba rozpoczęła się krwotokiem i wysoką gorączką. Od tego czasu aż do listopada r. 1910 chory bywał kolejno w następujących miejscowościach leczniczych: Meran, Falenica, Zakopane, Falenica, Reichenhall (zastrzykiwanie hetolu), San Remo, Meran, Reichenhall (hetol), Meran (hetol), Reichenhall (hetol), Montreux, Reichenhall, Montreux (hetol), Meran, Jałta, Symferopol, Reichenhall, Montreux, Meran. Przez ten czas stan się poprawiał na krótko i znów pogarszał; bywały gorączki, krwioplucia, zapalenia opłucnej.

Przez październik i listopad r. 1910 w Meranie często gorączka do 40° C.; z taką wyjechał do Łodzi.

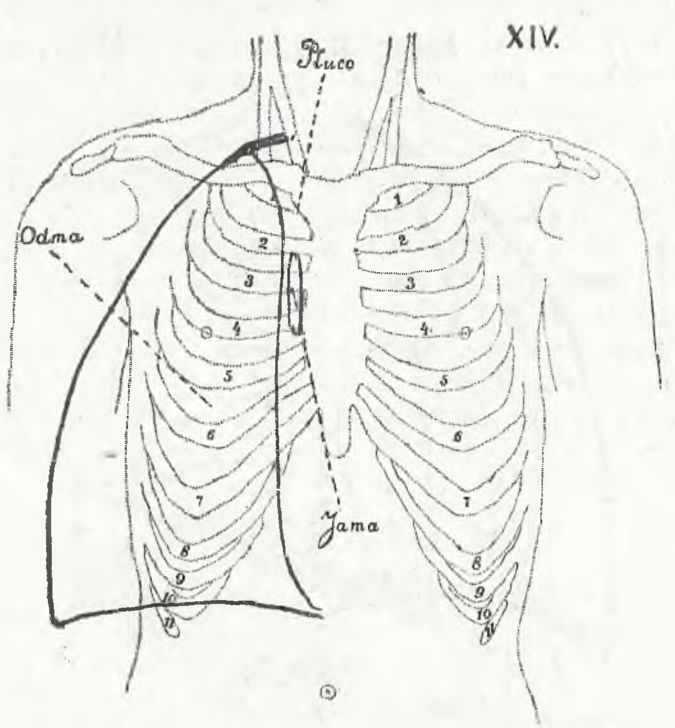
Chorego widywałem dorywczo w ciągu 1909 i 1910 roku. Od listopada 1910 do marca 1911 miewał w Łodzi często gorączkę i krwioplucie; napady te sprawiały wrażenie niewielkich nawrotów, a raczej stałego posuwania się sprawy gruźliczej w płucu prawem, w którego płacie górnym już oddawna rozpoznano jamę.

W początkach marca r. 1911 przy objawach zapalenia w płacie prawym dolnym, krwioplucie, gorączka przeszło 39° C.; objawy te trwały przez trzy tygodnie; towarzyszyła im silna duszność; chory silnie wychudł i osłabł. Pod koniec choroby wystąpił wysięk opłucny ze strony prawej; gorączka spadła wtedy do 37·5 — 38° C.. Kiedy chory zaczął nieco odzyskiwać siły, planowałem wyjazd do miejscowości klimatycznej. Chory wręcz odmówił, twierdząc, że stracił wiarę w ten czynnik leczniczy. Zrezygnowanemu na wszystko choremu zaproponowałem zbadanie radiologiczne płuca, które wykazało zajęcie wszystkich płatów płuca prawego i sprawę okołooskrzelową (peribronchitis) w płucu lewem. Wtedy skierowałem chorego do Prof. Brauera, który wytworzył (metodą Forlaniniego) odmę prawostronną, w kwietniu r. 1911.

Chorego reinsufluję do dziś dnia.

W chwili obecnej odma ucisnęła całe płuco prawe, prócz samego szczytu, który jest utrzymywany w napięciu przez silny zrost.

Wynik leczenia bardzo dobry. Chory, który po powrocie z Meranu był pół-inwalidą — obecnie pracuje zawodowo jako kupiec. Gorączka zjawiała się czas jakiś bezpośrednio po reinsuflacyi (do 37·3); dziś jej wcale nie miewa. Plwociny wydaje po 5—10—20 cm³ na dobę; czasem bywa krwią zabarwiona i zawiera (dwukrotne badanie) dwoinki Fraenkla; pochodzi widocznie z jakiegoś małego ogniska, dotkniętego przewlekłym stanem zapalnym, nie gruźlicą. W czasie feryi letnich, kiedy z powodu mojej nieobecności przez sześć tygodni nie był reinsuflowany, chory więcej odpluwał, czuł się gorzej, gorączkował. Było to »experimentum crucis«, ponieważ z chwilą ponownego podjęcia reinsuflacyi powróciła poprawa i trwa po dziś dzień; to samo dotyczy i krwioplucia, które ustępuje po mocniejszem uciśnięciu płuca.



Przypadek XIV. Schematyczny rysunek radiogramu płuca prawego po dwumiesięcznym ucisku. Płuco całkowicie uciśnięte, prócz szczytu; jama uciśnięta (po dalszych dwu miesiącach — jama stała się zupełnie niewidoczna).

Chory, który w styczniu i lutym r. 1911 nie mógł dłużej mówić, ponieważ brakło mu tchu, dziś pomimo, że ma tylko jedno płuco czynne, mówi swobodnie i bez zmęczenia; chodzi po schodach powoli, ale robi co dzień parę pięter. Cera, poprzednio ziemista, znakomicie się poprawiła: nikt z niewtajemniczonych nie podejrzywa, że ma przed sobą osobnika z całkowicie uciśniętem jednem płucem. Waga wzrosła o sześć funtów; ale pamiętać należy, że to leczenie prowadzimy u chorego, mieszkającego w Łodzi, w hotelu, pracującego fachowo, jakkolwiek niezbyt wysiłkowo, ale w złych warunkach higienicznych.

Chory stwierdza, że żadna z metod leczniczych dotąd stosowanych nie dała mu nawet w przybliżeniu tak wielomiesięcznego zwolnienia, nawet wśród najidealniejszych warunków klimatycznych (w Łodzi jest obecnie stale 8 miesięcy).

Podane szkicowo historye chorób dają pojęcie o tem, jak dalece sztuczna odma piersiowa przeobraża przebieg (raczej: charakter objawów klinicznych) ciężkich postaci gruźlicy płuc.

Nie podają one wcale jeszcze danych co do tego, jakie będą wyniki ostateczne podjętego leczenia; a tylko co do czterech przypadków (VII, X, XI, XIV) mogę dziś powiedzieć, że mam nadzieję wyleczenia [1]) gruźlicy tą metodą.

[1]) Poprawę uda się uzyskać i u innych chorych.

Tylko w czterech na dziewięć. To bardzo mało, jeśli rzecz oceniać w odsetkach. To niesłychanie wiele, jeśli pomyśleć, że chodzi o czterech ludzi bardzo ciężko chorych na gruźlicę, których się leczy w wielkiem mieście.

Bardzo więc skromnym być w swych wymaganiach musi lekarz, który wciąga odmę piersiową sztuczną do arsenału terapii. Cieszyć się musi z każdego, bodaj pojedynczego wyleczenia, bo leczy chorych, którym inne środki albo nie są dostępne, albo już zawiodły.

Jeślim dotąd mówił o dwu kardynalnych wskazaniach: o wyłącznie jednostronnem, lub prawie wyłącznie jednostronnem ciężkiem zajęciu gruźliczem płuc i o wolnej lub prawie wolnej jamie opłucnej, to na tem miejscu wspomnę jeszcze o dwu innych wskazaniach, natury moralnej: chory musi być dosyć inteligentny, by zrozumiał istotę zabiegu i konieczność leczenia długotrwałego; a lekarz bardzo w swym zawodzie zamiłowany, by się nie zniechęcił do metody: żmudnej, najeżonej przeszkodami, stosowanej zawsze u bardzo chorych, wyczerpanych długiem cierpieniem, często wykolejonych psychicznie i — dającej tak mały »odsetek« wyzdrowień!

Piśmiennictwo, z którego bezpośrednio korzystałem *). Skrócenia. B. = Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung. M. = Münchener medizinische Wochenschrift. Th. = Therapie der Gegenwart. Z. = Zeitschrift für Tuberkulose. 1) Albrecht E. Zur klinischen Einteilung der Tuberkuloseprozessse in den Lungen. Frankf. Zeitschr. für Pathologie. Tom I. 1907, str. 361. — 2) Arnsperger. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Tom VIII. Z. 3. — 3) Tenże. Ther. d. Gegenw. 1911, XI. — 4) Bandelier-Roepke. Die Klinik der Tuberkulose 1911. — 5) Benecke. B. Tom IX, str. 345. — 6) Borzęcki. Med. i Kronika lek. 1911. — 7) Brauer. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1910. Zeszyt 2. — 8) Tenże. Erfahrungen und Ueberlegungen zur Lungenkollapstherapie I. B. Tom XII, str. 49. — 9) Tenże. M. 1906, Nr 7. — 10) Brauer u. Spengler L. Erfahrungen und Ueberlegungen zur Lungenkollapstherapie II. B. XV, str. 419. Ciż. B. XIV, str. 419. — 11) Ciż. B. Tom XIX, str. 1. — 12) Brauns. Z. XV. str. 425. — 13) Bruns. B. Tom XII, str. 1. — 14) Cahn. Therap. Monats. 1911, X. — 15) Daus. Th. 1909, Maj. — 16) Deneke. Zeit. f. aerztl. Forbildung 1911, Nr 18. — 17) Dunin T. O zmianach anatomicznych w płucach przy ich ucisku. Księga pamiątkowa złożona Prof. Hoyerowi R. 1884. — 18) Finkler. »Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht« wydany przez Schrödera i Blumenfelda 1904. — 19) Forlanini. Th. 1910. — 20) Tenże. Th. 1908. — 21) Tenże. M. 1910, Nr 3. — 22) Tenże. Deut. m. Woch. 1911, Nr 3. — 23) Tenże. Deut. m. W. 1911, Nr 50. — 24) Tenże. Deut. m. W. 1911, Nr 6. — 25) Franck. Wiener klin. Woch. 1911, Nr 26. — 26) Da Gradi. Deut. m. W. 1910, Nr 22. — 27) Graetz. B. X. Z. 3. — 28) Groedel. Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medicin 1909. — 29) Grodecki F. i Hellin D. Empyema ambilaterale. Czasopismo lekarskie. Rocznik VII. — 30) Harras. Mith. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Ch. Tom XXI. Z. 3. — 31) Hellin D. Ueber das Collabiren der Lunge beim Pneumothorax nebst Bemerkungen über die Wiederentfaltung der Lunge und dem doppelseitigen Pneumothorax. Berl. kl. Woch. 1901, str. 1020. — 32) Tenże. O niezależności oddychania od warunków ciśnienia atmosferycznego, tudzież uwagi o podwójnej odmie piersiowej. Gaz. lek. 1906, str. 169. — 33) Tenże. Mitth. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Tom XVII. Z. 3. — 34) Herman. Pogląd na obecny stan chirurgii płuc. Tyg. lek. 1911, Nr 45. — 35) Holmgren. M. 1910, Nr 36. — 36) Tenże. B. XXI. Z. 3. — 37) Jessen. Würzburger Abhandlungen 1911. Tom XI. Z. 7. — 38) Karewski. Ueber die neueren Methoden chirurgischer Therapie der Lungentuberkulose. Z. XIV. Z. 6. — 39) Kuhn. Die Lungensaugmaske in Theorie und Praxis 1911. — 40) Kuss. Traitement de la tuberculose pulmonaire. W dziele Theraupeutique des maladies respiratoires (Bibliotheque de therapeutique Gilberta i Carnota) 1911. — 41) Klemperer. Th. 1906. Z. 12. — 42) Konzelmann. Ueber den Einfluss pleuritischer Exsudate auf den Verlauf der Lungentuberkulose. B. Tom X. Z. 4. — 43) Leuret. Le journal médic. francais. 1911, Nr 8. — 44) Lexer. B. Tom VIII. Z. 1. — 45) Mosheim. B. Tom III. — 46) Muralt. M. 1909, str. 50 i 51. — 47) Tenże. Zur Kenntniss der symmetrisch fortgeleiteten Rasselgeräusche. B. Tom XVI. Z. 2. — 48) Tenże. B. XVIII. Z. 3. — 49) Pentzoldt-Stinzing. Hbch. der Therapie. Tom III, 1910. — 50) Persch. Wiener klin. Woch. 1911, Nr 38. — 51) Pigger. B. Tom VIII. Z. 4. — 52) Rubel. Zur Kenntniss der Wirkungs. funktioneller Ruhe der Lunge auf die Ausbreitung und den Verlauf der Lungentuberkulose. B. Tom XVIII. Z. 1. — 53) Ruediger. B. Tom XVIII. Z. 1. — 54) Tenże. Kompendium der Rötgendiagnostik 1911. — 55) Sauerbruch-Schumacher. Technik der Thoraxchirurgie 1911. — 56) Saugman. Z. Tom XII. Z. 1. — 57) Tenże. Z. Tom XIV. Z. 3. — 58) Tenże. Beihefte zur Medizinischen Klinik 1911. Z. 4. — 59) Saugman i Hansen. B. Tom XV. Z. 3. — 60) Schmidt. M. 1907, Nr 49. — 61) Tenże. B. Tom IX. Z. 3. — 62) Schmorl. Zur Frage der Genese der Lungentuberkulose. Münch. med. W. 1902, Nr 33 i 34. — 63) Schwalbe. Therapeutische Technik 1910. — 64) Shingu-Kioto. B. Tom XI. Z. 1. — 65) Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Tom III. — 66) Tenże. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płuc. Odczyty kliniczne. Serya XVIII. Zeszyt 210. — 67) Spengler L. Ueber mehrere Fälle von geheiltem tuberkulösem Pneumothorax verbunden mit gleichzeitiger Heilung des Lungentuberkulose in 4 Fällen Z. Z. 1 i 2. — 68) Steinbach. Beitr. zur Klin. d. Tuber. Tom IX, str. 237. — 69) Sterling. O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Odczyty kliniczne Nr 212—214. — 70) Turban. Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose 1899. — 71) M. Tiegel. Operative Lungenstauung und deren Einfluss auf die Tuberkulose. Archiv. für klin. Chirurgie 1911. Tom 55. Z. 4. — 72) Tendeloo. Die Bedeutung der Atmungsgrösse für die Entstehung und die Ausdehnung bezw. Heilung der Lungentuberkulose. B. XI. Z. 2. — 73) Warnecke. B. Tom XVI. Z. 2. — 74) Wellmann. M. 1908. Nr 34. — 75) Wenckenbach. Mittheil. a. d. Grenzgebieten. Tom XIX. Z. 3. — 76) Westenhöffer. Zur Frage der Disposition bei der Lungentuberkulose mit Beziehung auf ihre Therapie. (Pneumothorax). Th. 1906. — 77) Ziegler O. i Krause P. Röntgenatlas der Lungentuberkulose 1910.

*) Szczegółowy wykaz piśmiennictwa, obejmujący 339 numerów podają dwie prace Brauera i Spenglera, przezemnie przytoczone.

Sprostowanie. W zeszycie 6. str. 97, szpalta 2, po wierszu 15. (od dołu) opuszczono słowa: »Wielką pomocą jest nam tu radiologia«.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Leonhard. **Der moderne Schularzt.** Lipsk. 1911. I—II.

Pracę niniejszą uważać można niejako za podręcznik higieny szkolnej, porusza w niej bowiem autor zwięźle wszystkie najżywotniejsze zagadnienia tej gałęzi wiedzy lekarskiej.

Instytucya lekarzy szkolnych ma obecnie dwa typy: 1) Kilku lekarzy szkolnych, zajmujących się prócz tego praktyką (Schularzt im Nebenamte, np. w Krakowie); 2) jeden lub kilku lekarzy szkolnych, zajmujących się tylko higieną szkolną (S. im Hauptamte). Która instytucya jest lepszą, tańszą, a skuteczniejszą, orzec trudno i autor stanowczo też tego nie rozstrzyga.

Z zadań lekarza szkolnego podnosi Leonhard głównie: 1) kontrolę i badanie budynku szkolnego i urządzeń szkolnych; 2) »asenterunek rekrutów« szkolnych; 3) badanie szczegółowe dzieci i prowadzenie odpowiednich katastrów, 4) czuwanie nad dziećmi słabowitemi; 5) peryodyczne wizyty w klasach szkolnych; 6) konferencye z rodzicami; 7) pouczanie dzieci higieny.

Do tych celów dąży się w różnych miastach różnemi drogami, ale w zasadzie skutek wszędzie jest ten sam. Głównie używa się t. zw. systemu wiesbadeńskiego (S. im Nebenamte). Prócz tego w niektórych miastach prowadzi się

ambulatorya dentystyczne, ortopedyczną gimnastykę, kąpiele i kuchnie szkolne. Gdzieniegdzie istnieją także klasy pomocnicze dla mniej rozwiniętych dzieci, zostające pod dozorem lekarza. Lekarz szkolny, zajmujący się tylko szkołą (Hauptamt), nie powinien mieć pod nadzorem więcej jak 16.000 dzieci, a pracujący ubocznie w szkole — najwyżej 1.500. Na razie dla dużych miast nadaje się lepiej typ pierwszy, dla mniejszych i dla wsi typ drugi. Dzięki lekarzom szkolnym powstają w wielu miastach niemieckich szkoły leśne, kolonie wakacyjne, uzdrowiska i t. p. Lekarz szkolny powinien zacząć szczegółowe badanie dopiero w pewien czas po rozpoczęciu roku szkolnego, gdy już liczba dzieci się ustali i nauczyciele poznają swych wychowanków. Ponieważ rodzice niestety często nie spełniają poleceń lekarza szkolnego, przeto powinny być wszędzie »siostry szkolne«, które pomagają lekarzowi w badaniach, a następnie chodząc po domach, kontrolują, czy polecenia lekarzy są spełniane. Lekarz szkolny powinien koniecznie mieć w szkole swą stałą godzinę, by mógł wtedy rozmówić się z rodzicami chorych dzieci. Skutkuje to lepiej, niż wszelkie pisma, druki i odczyty. Lekarz szkolny właściwy (Hauptamt) odbywać może te konferencye i u siebie w domu.

Lekarz powinien się starać zyskać zaufanie nauczycieli, a nie traktować ich z góry. Jedynie bowiem wzajemne współdziałanie jest skuteczne. Również powinien lekarz szkolny uważać, by nie wchodził w kolizyę z kolegami praktykami, zwłaszcza, że właściwe leczenie do lekarza szkolnego nie należy.

Lekarz szkolny może bardzo skutecznie zwalczać partactwo i działać oświecająco na szerokie masy.

Co do szkolnych klinik dentystycznych, to zwykle leczy się tam dzieci biedne zadarmo, a od zamożniejszych pobiera bardzo nizkie opłaty, np. wyrwanie zęba 0,5 marki, plomba 1·5 m., zatrucie nerwu 0·70 m. itp. W wielu miastach subwencyonują te instytucye kasy chorych, fabryki i towarzystwa. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Straus. **Postępowanie bezgnilne i traktowanie ran.** (Klin. therap. Woch. 1912. Nr 3). Pojęcia nasze o postępowaniu bezgnilnem ulegają ciągłym zmianom. W działanie środków przeciwgnilnych już nie wierzymy tak jak dawniej. Lekarz praktyczny przedewszystkiem dbać powinien o czystość swych rąk (rękawiczki). Skórę odkaża się jodyną, i to nawet bez poprzedniego mycia wodą (benzyną usuwa się mechaniczne zanieczyszczenia). Co do rąk, to najprostszą metodą jest mycie alkoholem i wodą gorącą. Szew bezgnilny łatwo uzyskać zapomocą klamerek Michela. Ran nie powinno się bez potrzeby przemywać, najlepiej tylko otaczającą skórę wyjodynować. Również t. zw. gazy przeciwgnilne nie mają znaczenia dla rany zakażonej. Jedynie gaza jodoformowa przy gruźlicy działa dobrze, a przytem odwania wydzieliny. K.

Knoke. **Leczenie ropowicy górnych kończyn zapomocą okrojenia** (circumcisio). (Münch. med. Woch. 1912. Nr 3). Ponieważ zakażenie przy ropowicy szerzy się drogą naczyń limfatycznych, przeto Nösske w ciężkich przypadkach posuwającego się zakażenia zalecił niedawno (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr 37) wysoko na ramieniu poza pachą przecięcie skóry po stronie wewnętrznej ramienia, aż do powięzi, a przez to odcięcie naczyń limfatycznych. W jednym bardzo ciężkim przypadku zastosował autor nietylko cięcie Nösskego, ale zupełne okrężne okrojenie i osiągnął znakomity, rzec można natychmiastowy wynik, choć stan był groźny i już zamyślano o amputacyi. Zabiegu tego powinno się zawsze próbować w ciężkich przypadkach ropowicy; zwłaszcza lekarz praktyczny powinien go próbować, jeżeli np. chory na proponowane udanie się do szpitala zgodzić się nie chce, a sprawa jest tak poważna, że zagraża koniecznością amputacyi. K.

Wildenrath. **Zatrucie kokainą.** (Friedr. Bl. 1911, Nr 3). Zatrucie kokainą należy do najmniej obliczalnych. Nieraz objawy zatrucia występują już przy dawce 0,02, a innym razem nawet 5 grm. jeszcze śmierci nie wywołuje. W zwłokach z powodu łatwego rozkładu kokainy wykazać ją można jeszcze tylko krótki czas po śmierci. Kokaina działa też na różnych ludzi różnie, co niezmiernie utrudnia orzekanie sądowe. Przy ostrem zatruciu kokainą spotykamy: przyspieszenie czynności serca i oddechu, rozszerzenie źrenicy, drgawki i kurcze, zaburzenia świadomości, bredzenia, zapad. Często spotyka się podniecenia, zwłaszcza erotycznej natury, czego ofiarą padają potem lekarze, obwiniani niesłusznie przez chore. W razie zatrucia kokainą przy podawaniu wewnętrznem, nie występują niestety wymioty, gdyż kokaina poraża właśnie nerwy ścian żołądka. K.

Stertz. **Znaczenie nakłucia lędźwiowego dla rozpoznania schorzeń mózgu i rdzenia.** (Med. Klin. 1912. Nr 4). Przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego odgrywa ciśnienie jego rozpoznawczo mniejszą rolę. Przy guzach należy nakłuwać ostrożnie, wypuszczać płyn kroplami i nie więcej ogółem, niż 3 cm³. Barwa płynu może być wtedy czasem żółta, zwłaszcza spotykamy ją przy guzach pozardzeniowych. Płyn krwawy badać należy po odwirowaniu. Jeżeli po odwirowaniu płyn jest jasny, to krwotok był świeży, jeżeli nadal krwawy, to krwotok był dawniejszy. Rozpoznawczo wchodzą w rachubę 4 odczyny główne: 1) cytodyagnostyka, 2) oznaczenie białka, 3) odczyn Wassermanna we krwi, 4) tenże odczyn w płynie mózgowordzeniowym. Zapomocą cytodyagnostyki rozpoznać można gruźlicę, zmiany kiłowe i metakiłowe i t. p. Oznaczenie białka idzie z tem także w parze. Tak np. zwykle zwiększoną ilość białka w płynie spotyka się przy sprawach kiłowych. Znaczenie odczynu Wassermanna jest znane. Zwłaszcza ważne jest porównanie odczynu we krwi i w płynie. Dodatni wynik w płynie przemawia za cierpieniem kiłowem, a ujemny przemawia przeciw porażeniu postępującemu, albowiem w niem zawsze prawie odczyn jest dodatni w przeciwieństwie do wiądu rdzenia. A.

Janssen. **Zaopatrywanie pęcherza po cięciu nadłonowem.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 3). Ideałem naszego postępowania powinno być stworzenie możności zaszywania pęcherza na głucho. W tym celu należy: 1) prowadzić w pęcherzu cięcie gładkie i nie operować palcami na ślepo z małego nacięcia, 2) tamować skrupulatnie krwawienie w pęcherzu, 3) otwierać napełniony pęcherz trójgrańcem, by nie zakażać całej rany treścią pęcherza, 4) skóry nie przecinać w poprzecznym fałdzie nad spojeniem, lecz poniżej tegoż fałdu, 5) szew zakładać dwupiętrowy ciągły, dolny katgutem, górny (Lemberta), gdy operacya czysta, jedwabiem, gdy nieczysta, katgutem, 6) skórę zaszyć na głucho a sączkować sączkami szklanymi poniżej i powyżej rany z osobnych cięć, 7) cewnik w pęcherzu trzymać 12 do 14 dni, 8) krwawienie tamować skrupulatnie, a do usuwania ew. krwawych podbiegnięć podskórnych założyć sączek powyżej rany, który wyciąga się za 2—3 dni. K.

Kraemer. **Leczenie przerostu sterczu rozciąganiem gruczołu.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 3). Wprawdzie wyłuszczenie sterczu daje nieraz dobre wyniki, bądźcobądź jest ono jednak zabiegiem ciężkim i operacya, np. nadłonowa Freya, daje do 10% śmiertelności. Bensa słusznie mówi: »La prostatectomie n'est pas une opération très difficile à faire, mais à supporter«. W ostatnich czasach przypomina Bayer zabieg zachowawczy, mianowicie rozciąganie gruczołu. Bayer stosował je u 12 chorych w przypadkach ciężkich, z czego u 6 uzyskał zupełnie dobry wynik, u 2 poprawę wybitną. Również i autor donosi o 4 ko-

rzystnych wynikach leczenia tego rodzaju. Do rozszerzania służą odpowiednie narzędzia, mianowicie rozszerzadło Kollmanna (z zakrzywieniem Dittla) lub Bayera. W razie krwotoku zakłada się cewnik na stałe na kilka dni. K.

Położnictwo i ginekologia.

Sniegirew. **Badania elektrokardyograficzne w ginekologii (Myom-Herz).** (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911, grudzień). S. wykonał badania elektrokardyograficzne u 28 kobiet, w wieku od 31—53 lat, cierpiących na włókniaki i włókniako-mięśniaki macicy; wyniki badań streszcza w sposób następujący: 1) Elektrokardyogramy są doskonałym wskaźnikiem stanu mięśnia serca; 2) wszelkie zboczenia, dotyczące budowy anatomicznej lub czynności fizyologicznej serca, dają wyraźne odmiany ogólnego rysunku elektrokardyograficznego; 3) w przypadkach włókniakomięśniaka (Myom-Herz) elektrokardyogramy nie dają podstawy do tego, by przypuszczać szczególne zmiany w sercu; 4) elektrokardyogramy, otrzymane przez autora, nie różnią się w niczem od prawidłowych; 5) być może, iż w przyszłości przy dokładniejszem obznajomieniu się z tym sposobem badania, uzyska się pewne szczegóły elektrokardyograficzne, mające znaczenie rozpoznawcze; 6) autor przychyla się do zdania Bumma, iż pod nazwą »Myom-Herz« rozumieć należy serce osłabione z powodu silnych krwotoków lub też przerosłe wskutek nadmiernego rozwijania się naczyń krwionośnych we włókniakomięśniaku macicy. M. Pietkiewicz.

L. Kutasow. **W sprawie różnorodnych powikłanych nowotworów, zawierających tłuszcz.** (Zurnał akuszer. i żensk. bol. 1911, grudzień). K. ściśle odróżnia nowotwory mieszane (Mischgeschwulst) od nowotworów powikłanych (Kombinationsgeschwulst). Pierwsze są wynikiem połączenia się dwóch lub kilku rodzajów nowotworów, pochodzących z rozmaitych tkanek, niezależnych genetycznie jedne od drugich; drugie zaś zawierają wprawdzie także tkanki różnorodne, ale pochodzą z komórek jednego rodzaju, z blaszki zarodkowej środkowej. W piśmiennictwie znalazł K. zaledwie 20 przypadków, należących do drugiej grupy nowotworów i dołącza do nich 2 własne spostrzeżenia. Rozpoznanie guzów tego rodzaju możliwe jest tylko zapomocą badania drobnowidowego. M. Pietkiewicz.

O. Frankl. **Przyczynki do nauki o mięśniakach macicy ze szczególnem uwzględnieniem błony śluzowej i jej związku z krwotokami i zaburzeniami rozrodczemi.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I.). Badania histologiczne wykazały, że mięśniaki macicy nie wywołują przerostu jej śluzówki; nierzadko natomiast przychodzi do znacznego nawet jej obrzęku, i to także w części, nie pozostającej w związku z guzem, szczególnie przy mięśniakach śródściennych. Przy guzach, rosnących ku błonie śluzowej, występuje raczej jej ścieńczenie, a nawet powolny jej zanik, i to także tej części, która nie pozostaje w związku z samym guzem. Zanikająca śluzówka, pozbawiona gruczołów, bierze udział w miesiączkowaniu tylko pod postacią wzmożonego przekrwienia naczyń włosowatych. Należy też podnieść, że ani obrzęk, ani zanik śluzówki przy mięśniakach macicy nie mają nic wspólnego ze sprawą zapalną. Mięśniaki podśluzowe i te, które rosną ku śluzówce, wywołują prawie zawsze rozwój nowej, znacznie rozgałęzionej, w niektórych miejscach zatokowato rozszerzonej sieci naczyniowej, której stan przekrwienia jest zmienny i zależy od ucisku samego guza, jakoteż każdorazowej fazy miesiączkowej, a więc i od jajników, jako ośrodków, regulujących okresy przekrwienia w macicy. Przekonano się zresztą, że wzajemny wpływ mięśniaków i jajników jest tu bardzo ważny, że jajniki są prawie zawsze znacznie powiększone, a ich zdolność czynnościowa czasowo przedłużona. Nie można więc zaprzeczyć możliwości, że takie »Myomovarium« poza swym wpływem regulującym, wywołuje w ogóle stałe przekrwienie macicy mięśniakowej. Wiadomo, że przez zastosowanie promieni Röntgena na jajniki można zmniejszyć chorobowo wzmożone przekrwienie macicy. Te stany stałego niejako przekrwienia są też powodem dłużej trwającej miesiączki (menorrhagia), przesunięcia okresu przekwitania (climax) na czas późniejszy i krwawień nieregularnych (metrorrhagia), które przy wszystkich formach mięśniaków macicy, szczególnie jednak przy podśluzowych, mogą być bardzo obfite. Jeżeli jednak krwotoki takie wskutek pękania naczyń łatwo sobie wytłomaczyć przy mięśniakach podśluzowych, to przyjęcie samego przekrwienia jako przyczyny krwawień przy mięśniakach śródściennych i podsurowiczych nie może zadowolnić. Autor i Halban wykazali, że gruczoły śluzówki macicy wytwarzają stale ferment proteolityczny, który w okresie przedmiesiączkowym szczególnie się obficie wydziela. Ten ferment ma wywoływać rozpulchnienie komórek, temu okresowi właściwe, rozpuszczanie powierzchownych nabłonków, nadtrawienie powierzchownych naczyń włosowatych i w następstwie tego krwawienie miesiączkowe, a w końcu brak krzepliwości krwi miesiączkowej. Rosenbach wykazał nadto, że trawienne działanie fermentu zostaje nadzwyczaj wzmożone pod wpływem przekrwienia. Te dwa czynniki: przekrwienie i ferment trypsynowy mogą wytłomaczyć krwawienie, i to tak wśród warunków prawidłowych (miesiączkowanie), jak i chorobowych. Pod wpływem przekrwienia w macicy mięśniakowej zostają małe nawet ilości fermentu, znajdującego się stale w śluzówce macicy, z wyjątkiem okresu pomiesiączkowego, pobudzone do wzmożonej czynności, a wskutek swego działania trawiennego otwierają naczynia i wywołują krwotok. Omawiając wpływ mięśniaków macicy na okres rozrodczy, stwierdza autor, że zdolność zastąpienia jest u takich kobiet znacznie zmniejszona i że ciąża nierzadko już we wczesnych miesiącach przerywa się, fakty, które w znacznej części należy odnieść do zmienionego kształtu i położenia samej macicy i jej jamy, jakoteż do skłonności do krwawień. Nie ulega wątpliwości, że i te krwawienia mięśniakowej macicy ciężarnej odnieść należy do procesów biochemicznych, o których wyżej wspomniano. Jeżeli jednak nie zawsze krwawienia występują, to dlatego, że gruczoły śluzówki w czasie ciąży wydzielają tylko pierwsze 3 miesiące, że wydzielina ta rzadko tylko przez wązkie i zamknięte zwykle przewody dostaje się na powierzchnię, że naczynia krwionośne leżą dość głęboko, i że doczesna ma mieć wybitną własność przeciwtrypsynową. Dr E. Ehrenpreis.

Schultze. **O konieczności rozpoznawania ginekologicznego i operacyjnego leczenia w zakładach dla umysłowo chorych.** (Gyn. Rundschau 1912, Nr 1). Na zazadzie niejednokrotnie stwierdzonego związku między cierpieniami narządów rodnych a stanami neuropatycznymi i psychozami u kobiet, żąda Bossi, by każdą tego rodzaju chorą przed umieszczeniem w zakładzie dla umysłowo chorych badano i leczono pod względem ginekologicznym. Schultze już w r. 1880 żądał, by w zakładzie dla umysłowo chorych jeden z asystentów był doświadczonym ginekologiem, któryby umiał stwierdzić i usunąć zmiany chorobowe narządów rodnych. Obecnie obfity materyał, opublikowany przez Kobbsa, potwierdza w całej osnowie wywody Bossiego i Schultzego. Dodatnie wyniki, otrzymane przez stosowanie leczenia operacyjnego tam, gdzie ono było wskazane, podniosły odsetek wyleczonych ze zboczeń umysłowych, opuszczających zakład, z 37·5%, na 52·7%. Na 1.000 chorych znalazł Kobbs u 250 zmiany w narządach rodnych, nadające się do leczenia operacyjnego. Stąd wynika, że rozpoznanie ginekologiczne jest ważną częścią rozpoznania ogólnego u chorych umysłowo i nigdy nie może być pominięte, i dlatego, opierając się na powyższych faktach, żąda nawet Schultze, by dyrektorem zakładu dla umysłowo chorych kobiet był ginekolog operator, a jego asystentami — psychiatrzy. A. Markowa.

W. Gusiew. **Wyciąg z przysadki mózgowej jako środek pobudzający bole porodowe.** (Russkij Wracz.

1911, Nr 52). G. wstrzykiwał podskórnie »extractum hypophyseos ex infundibulo 20%« firmy Burroughs Wellcome po 0·75 na dawkę: 2 razy przy przedwczesnem oddzieleniu się łożyska, raz jeden jednocześnie z zastosowaniem metreuryzy, raz jeden przy wskazaniu do założenia kleszczy, raz jeden w celu zatrzymania krwotoku w okresie porodowym (po cięciu cesarskiem pochwowem) i wreszcie w 9 przypadkach porodów, w których bole były bardzo dobre. Po wstrzyknięciu wyciągu z przysadki mózgowej zjawiały się w 2—10 minut bole porodowe bardzo silne, ale nie miały charakteru kurczowego i powtarzały się co 2 minuty; po pewnym czasie zjawiały się rzadziej i nieco słabsze, wzmagały się jednak w okresie wydalania płodu. Działania ubocznego na rodzące, ani wpływu niepomyślnego na noworodki nie spostrzegano ani razu. W okresie porodowym żadnych powikłań nie było. We wszystkich przypadkach przytoczonych nie podawano sporyszu ani jego przetworów. Autor przestrzega, by stosując wyciąg z przysadki mózgowej, nie używać wyskoku jako środka odkażającego narzędzia, ponieważ osłabia on działanie leku (Hofbauer, Stern). G. przemywał strzykawkę, igłę, oraz skórę brzucha wyłącznie eterem. M. Pietkiewicz.

J. Wierbow. **O samorodnem pęknięciu macicy w porodach zaniedbanych i braku przytem zawiłego mechanizmu.** (Zurnał akuszer. i żensk. bol. 1911, październik i listopad). Na zasadzie danych, zebranych z piśmiennictwa, stara się W. zwalczyć teoryę Bandla i dochodzi do następujących wniosków: 1) Narząd rodny u kobiet (więzadła, jajowody, macica, pochwa) zawiera gładkie włókna mięsne, które wykonują w czasie porodu ruchy robaczkowe. 2) Samorodne pęknięcie macicy następuje w sposób jednaki zarówno w ciąży, jak w czasie porodu zaniedbanego. Czas trwania porodu, wymiary miednicy oraz główki przodującej nie wywierają wpływu na sposób pęknięcia macicy (? sprawozdawca). 3) Powodem samorodnego pęknięcia macicy jest wyłącznie kruchość tkanki macicznej, nie mogącej stawić oporu wzmożonemu ciśnieniu wewnątrzmacicznemu. 4) Kruchość tkanki jest prawdopodobnie w większości przypadków wynikiem nadmiernej pracy w czasie porodu poprzedniego, wskutek nieodpowiednich (do pewnego stopnia) wymiarów miednicy w stosunku do wielkości główki płodu. 5) Zmiany, które zaszły w ścianie macicy, są zależne od nowych cech włókien mięsnych. 6) Zmiany w tkance mięsnej, dotychczas nie wyjaśnione, wywołują oprócz kruchości ścian, także niedomogę czynnościową macicy, czego wyrazem są słabe skurcze od samego początku porodu. 7) Połączenie dwóch nowych cech włókien mięsnych (kruchości i niedomogi czynnościowej) daje rozmaite obrazy kliniczne pęknięcia macicy. 8) Jeśli kruchość tkanki jest bardzo znaczna, następuje pęknięcie macicy w czasie ciąży wskutek urazu przypadkowego. 9) Jeśli tkanka jest nieco więcej spoista i jednocześnie zdolność czynnościowa jest znaczna, następuje pęknięcie na początku porodu już po kilku bolach energiczniejszych. 10) Jeśli tkanka macicy nie jest zbyt krucha a niedomoga czynnościowa jest dosyć wyraźna, w takim przypadku nie mogą słabe skurcze przyczynić się na razie do pęknięcia macicy. Poród przeciąga się długo, ściana macicy zaczyna powoli rozrzedzać się. Po pewnym czasie następuje naddarcie ściany, połączone z uczuciem niezmiernej bolesności w miejscu uszkodzenia i upadkiem sił rodzącej, bole porodowe stają się nieprawidłowe, przybierają charakter kurczowy. Wreszcie następuje zupełne rozdarcie ściany macicy i płód dostaje się do jamy brzusznej. 11) Jeśli tkanka macicy jest mniej krucha, natomiast niedomoga czynnościowa bardzo wyraźna, to następuje tylko naddarcie ściany i płód pozostaje w jamie macicy. Wynikiem takiego stanu bywa bezwład macicy, który trwać może czas dłuższy nawet po sztucznem opróżnieniu macicy. 12) Jeśli mięśnie macicy są dosyć sprawne i kruchość tkanek nieznaczna, w takim razie poród przeciąga się długo, kończy się jednak samodzielnie, naddarcie, lub nawet zupełne rozdarcie ściany macicznej stwierdza się dopiero po ukończeniu porodu lub też pozostaje wcale nierozpoznanem. 13) Pęknięcie może nastąpić w każdej części macicy, najczęściej jednak zdarza się na granicy pomiędzy trzonem i szyjką macicy, ponieważ tutaj ściana jest cieńsza, a więc słabsza, niż w innych miejscach.

(Wnioski, po części zbyt ogólnikowo sformułowane, po części dosyć mgliste, nie przyczyniają się bynajmniej do wyjaśnienia sprawy, o którą autorowi chodzi. Praca ta zasługuje na poznanie chyba tylko jako próba szukania nowych dróg w celu wyjaśnienia zawiłego zagadnienia, dotyczącego przyczyn samorodnego pęknięcia macicy w takich przypadkach, w których 1) mechaniczna teorya Bandla zastosowania mieć nie może (naprz. w czasie ciąży, przed rozpoczęciem czynności porodowej, gdy o nadmiernem rozszerzeniu dolnego odcinka macicy niema mowy) i 2) badanie drobnowidowe żadnych zmian chorobowych w budowie ściany macicznej wykryć nie zdołało. Sprawozdawca).

M. Piętkiewicz.

Dermatologia.

F. Krzyształowicz. **W sprawie zmian w naciekach kiłowych po wstrzykiwaniach salwarsanu.** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 110). Badania K., opierające się na 8 przypadkach zmian kiłowych, doprowadziły go do wniosku, że pod wpływem działania salwarsanu najważniejszy składnik nacieków kiłowych, komórki plazmatyczne, ulega przemianom, które objawiają się jako obrzęk, zanik i rozpad. Można zatem w tym przypadku mówić o działaniu wybiorczem salwarsanu na nacieki, powstałe pod wpływem krętków bladych; nie można jednak wyciągać z tego wniosku, że przetwór ten działa silniej na nacieki, niż na same pasorzyty.

Prawdopodobnem jest jednak przypuszczenie, że gdyby salwarsan działał tylko i głównie na same mikroby, nacieki ulegałyby szybciej i jednostajniej zmianie, niż to widać w obrazie mikroskopowym. Możnaby raczej dojść do tego wniosku, że w tych przypadkach po stosowaniu salwarsanu następuje powolny rozpad, powstający tylko w niektórych częściach, a nie naraz w całym nacieku, po początkowym silnym obrzęku i że objawy te występują szybciej i z większem nasileniem po wlewaniach śródżylnych, niż po wstrzykiwaniach miąższowych. H. L. Weber.

O. Clingenstein. **Przypadek zatoru „à distance" po śródżylnem wlewaniu salwarsanu.** (Dermat. Zeit. str. 1050, 1911). Przypadki zatoru naczynia zdala od miejsca wstrzykiwania salwarsanu zdarzały się dotychczas bardzo rzadko. Przypadek, opisany przez C., zdarzył się u chorej, u której w cztery dni po zupełnie prawidłowo wykonanem wlewaniu w żyłę łokciową, wystąpił bolesny guz zapalny po stronie wewnętrznej uda prawego, który w dwunastym dniu doszedł wielkości dłoni i musiał być chirurgicznie leczony. Wydobyta miazga ropiasta, badana co do kwasu arsenowego, zawierała jego ślady, szczepienia zaś na agarze, żelatynie, bulionie i surowicy dały wynik zupełnie ujemny.

Autor sądzi, że w danym przypadku salwarsan zadziałał na ścianę naczynia w miejscu może mniejszej odporności i utworzył zator, a następnie jałowy ropień.

W. L. Weber.

Strandberg. **Zapalenie stawów pochodzenia wiewiórowego.** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 107). Statystyka St., opierająca się na przeszło stu przypadkach zapalenia stawów, wywołanego przez dwoinki Neissera, wykazuje, iż u $^2/_3$ chorych nie jeden, ale dwa i więcej stawów było dotkniętych sprawą zapalną. U mężczyzn ulegał schorzeniu przeważnie staw kolanowy, u kobiet nadgarstkowy.

H. L. Weber.

Birger. **O wiewiórze u kobiet.** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 106). Ciekawą, smutną, a jednak prawdziwą staty

stykę, opartą na około 600 przypadkach, leczonych jedynie miejscowo z powodu zakażenia dwoinkami Neissera, podaje B. ze szpitala chorób wenerycznych w Stockholmie. Czas trwania choroby (w 58% wiewiór rzyci) aż do rzekomego wyleczenia wynosił średnio około 80 dni, a mimo sumiennego leczenia, trwającego u niektórych chorych nawet do roku, 50% tych kobiet musiało być ze szpitala wypuszczonych niewyleczonych. Z pozostałych chorych, które jako wyleczone szpital opuściły, zgłosiło się z nawrotami choroby przeszło 30%. Nie zgłosiło się 20% chorych — czy chociażby ta mała cząstka została wyleczona?

H. L. Weber.

Rosenthal. **O zakładach opiekujących się dziećmi dotkniętemi kiłą wrodzoną.** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 107). W zakładzie, który za staraniem autora powstał pod Berlinem, a w którym dzieci kiłowe leczy się według wskazówek Welandera, z 20 leczonych udało się utrzymać przy życiu wszystkie, gdy jak statystyki wykazują, umierało ich bez takiego leczenia dotychczas zawsze około 34%. Autor sądzi, że przykład i osiągnięte wyniki zachęcą do budowania odpowiednich zakładów i po innych większych miastach. Autor podaje dokładny opis zakładu.

H. L. Weber.

Holland. **Kiła u tatuowanych** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 110). Autor przytacza 4 historye chorób świeżo przez siebie spostrzeganych przypadków, a opierając się również na licznych dawniej spostrzeganych, skłania się do teoryi Dohiego, który pierwszy zwrócił na to uwagę, iż zmiany kiłowe omijają miejsca tatuowane cynobrem (działanie rtęci), a występują w miejscach barwionych tuszem (działanie drażniące). H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 31 stycznia 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 102.

1) Kol. prof. Rosner omawia przypadek **wycięcia śledziony** u położnicy w piątym dniu po porodzie. Śledziona leżała nad prawem więzadłem Pouparta i wywoływała napady zadrażnienia otrzewnej. Badanie krwi po operacyi wykazało znaczną ilość limfocytów, która w 2 tygodnie po operacyi doszła do 50% (małych 41%, dużych 9%). Śledziona zrośnięta była silnie z otoczeniem, głównie z wyrostkiem robaczkowym, który usunięto. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Nawiązując do tego przypadku, kol. prof. Gliński zaznacza, iż wycięty przez prof. Rosnera guz przy badaniu mikroskopowem, jak świadczy przedstawiony preparat mikroskopowy, okazał się śledzioną, której miąższ tylko miejscami jest jeszcze dobrze zachowany, przeważnie zaś uległ martwicy, przyczem w częściach obwodowych zauważa się już dość znaczny rozrost tkanki łącznej; ta ostatnia okoliczność przemawia za tem, iż skręt szypuły przemieszczonej śledziony i powstała stąd (z powodu zaciśnięcia przy skręceniu-światła tętnicy śledzionowej) rozległa jej martwica nastąpić musiały już przed pewnym czasem. Jednocześnie przedstawia prof. Gliński drugi analogiczny okaz ze zbiorów muzealnych zakładu anatomii patologicznej; w tym przypadku przemieszczona ku dołowi śledziona znalazła się na talerzu biodrowym lewym i uległa znacznemu — widocznemu na okazie — skrętowi szypuły bez następowej jednak martwicy śledziony; w tym przypadku zwraca również uwagę bardzo znaczne wydłużenie i wężykowaty przebieg tętnicy śledzionowej. (Streszczenie własne).

2) Prof. Dr Jaworski przedstawia przypadek **odwrotnego ułożenia trzew.**

4) Dr Latkowski przedstawia **elektrokardyogram** uzyskany u chorej G. (**dextrocardia vera**).

Nie sam skurcz odbija się w elektrokardyogramie, lecz przebieg fali elektrycznej ujemnej, która polega na wyrównywaniu się potencyałów podczas skurczu serca. Zjawisko elektryczne poprzedza nieco skurcz mięśnia i jest w związku ściślejszym z przebiegiem podrażnienia mięśnia. A zatem zapomocą elektrokardyografii można uzyskać obraz przebiegu skurczu całego serca, t. j. tak przedsionka, jak i komory i drogi, którą on przebiega, i to u człowieka żywego bez otwierania klatki piersiowej w sposób bardzo wygodny W różnych stanach patologicznych elektrokardyogram zmienia się zależnie od zmiany w sercu. Przy tak zwanych skurczach przedwczesnych czyli ekstrasystoliach mamy nieprawidłowe elektrokardyogramy, zależne od nieprawidłowego skurczu serca, co przemawia za heterotopicznem ich powstawaniem i, jak chcą niektórzy, za nieprawidłową drogą ich przebiegu. Przy uszkodzeniach lewego pęczka Tawary mamy również nietypowy elektrokardyogram, udowodniony doświadczalnie przez Eppingera i Rothbergera, a spostrzegany w klinice przez Eppingera, Störka i Wyssa. — Również zmienia się postać krzywej elektrokardyograficznej zależnie od zmian skurczu serca przy dyssocyacyi komór i przedsionków, zmienia się przy tętnie naprzemiennem (pulsus alternans), zmienia się przy stałej niemiarowości (arythmia perpetua).

W niniejszym przypadku mamy tak, jak i w innych przypadkach odwrotnego położenia serca (dextrocardia vera), opisanych przez Nicolaia i Hockego, zupełnie odwrócony elektrokardyogram. Wszystkie fale, t. j. P, T, R, są odwrócone, co się w żadnym innym przypadku nie zdarza, jak tylko przy odwrotnem ułożeniu trzew. Taki więc elektrokardyogram jest dla odwrotnego położenia serca charakterystyczny i zależy od odwrotnego przebiegu podrażnienia wskutek odwrotnego ułożenia włókien w mięśniu sercowym. Już Waller zauważył większą różnicę potencyałów po stronie prawej, ale dopiero metodą elektrokardyograficzną ta różnica dała się uwidocznić.

Czyli krzywa elektrokardyograficzna wykazuje, że w odwrotnem ułożeniu serca (dextrocardia vera) nie mamy do czynienia z prostem odwróceniem serca, lecz ze zmienioną jego budową, a mianowicie także przebieg włókien mięsnych w sercu jest odwrotny w stosunku do prawidłowego i w takiem sercu podrażnienie nie przebiega z prawej strony ku lewej, lecz z lewej ku prawej. Tak więc metoda elektrokardyograficzna daje nam sposobność wyjaśnić istotę tego stanu. Gran i Hoffmann twierdzą, iż zmiana położenia serca ma wpływ na elektrokardyogram niewątpliwie, ale w ich doświadczeniach elektrokardyogram zmieniał się dlatego, że zmieniało się położenie serca względem elektrod, a Gran przesuwał te elektrody dowolnie. W żadnym jednak przypadku nie uzyskał odwrócenia zupełnego elektrokardyogramu. — Elektrokardyogramy odwrotnie ułożonego serca (dextrocardia vera) podali dotąd Nicolai i Hocke, tak, że niniejszy przypadek jest trzecim z rzędu w literaturze. (Streszczenie własne).

W dyskusyi podnosi kol. H. Hirsch, że ludzie tacy, jakkolwiek zdrowi, nie bywają przyjmowani przez Towarzystwa asekuracyjne. — Gliński zauważa, że przypadki takie mogą niejednokrotnie mieć bardzo ważne znaczenie praktyczne z tego powodu, że taki odwrotny układ wnętrzności łączy się pospolicie z odwrotnem rozmieszczeniem ośrodków asymetrycznych czynności mózgu, co w razie potrzeby wykonania zabiegu operacyjnego na mózgu może przy niedokładnem badaniu dać powód do operowania po niewłaściwej stronie.

3) Dr Z. Wachtel jun. przedstawia przypadek **gynaecomastia vera.** (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi przemawiają kol. Blassberg i prelegent.

4) Prof. Jaworski wygłosił wykład: **O najnowszych modyfikacyach fizycznego badania chorych** (Rzecz przeznaczona do druku).

5) Dr Z. Wachtel jun. przedstawia **odczyn moczu** u chorych, u których stwierdzono raka.

Sekretarka doroczna: Dr Ada Markowa.

Posiedzenie z dnia 7. lutego 1912 (w klinice chirurgicznej).

Przewodniczący kol. Janiszewski. Obecnych członków 100.

1) W dyskusyi nad odczytem prof. Jaworskiego przemawiali:

Doc. Latkowski podnosi znaczenie metody Goldscheidera, opisanej przez prof. Jaworskiego. Przed Goldscheiderem używali opukiwania słabego Vierordt, Waldenburg, Turban, Rosenbach-Rauchfuss, lecz tylko Ewald używał tego sposobu w tych samych celach, co Goldscheider, t. j. do badania narządów głęboko leżących. Dopiero jednak Goldscheider metodę tę naukowo opracował i dał jej podstawy doświadczalne. Doświadczenia jego są bez zarzutu i wyjaśniają bez żadnej wątpliwości sprawę przenoszenia się fal głosowych przy opukiwaniu. Pod względem praktycznym ta metoda opukiwania na granicy słyszalności odgłosu opukowego jest najłatwiejszą ze wszystkich sposobów opukiwania, nie da się tylko czasem zastosować na osobach bardzo otyłych, i ma tę właściwość, że potrzeba do niej wielkiej ciszy. — Metodę Goldscheidera potwierdzają doświadczenia i innych autorów, szczególnie Röhla i Moritza, przyjęli ją zaś najlepsi klinicyści niemieccy, n. p. Krehl. Wedle doświadczenia osobistego, uważa Latkowski metodę tę za bardzo dobrą na podstawie rentgenograficznej kontroli tak przy opukiwaniu serca, jak i szczytów płuc.

Prof. Lewkowicz podnosi, że pedyatrzy od dawna stosują opukiwanie bardzo słabe i opukują palcem na palcu. Tłumaczy się to szczególnymi warunkami u dziecka, mianowicie cienkością i elastycznością ścian klatki piersiowej. Co do zarzutów, czynionych stetoskopowi dwuusznemu, to te w znacznej części są nieusprawiedliwione; od szmerów ubocznych uczymy się szybko abstrahować. W każdym razie stetoskop dwuuszny ma dla lekarza dzieci tak wielkie zalety, że wady jego schodzą na dalszy plan. W klinice pedyatrycznej krakowskiej stetoskop ten szybko się przyjął i rozpowszechnił.

2) Prof. Kader wygłosił wykład: **O nowych sposobach znieczulania ogólnego**. Wspomniawszy pokrótce o metodach znieczulania inhalacyjnego w ich nowych udoskonalonych odmianach, przechodzi prelegent do metod wśródżylnego wprowadzania środków usypiających: eteru siarczanego (Burckhardt) i hedonalu (Krawkow-i Fiodorow). K. ma doświadczenie własne tylko z hedonalem. Pomimo pomyślnych wyników innych autorów, K. przystąpił do stosowania tej metody u ludzi dopiero po dokonaniu częściowo w klinice, częściowo w zakładzie fizyologii (prof. Cybulskiego) szeregu doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia te przeprowadził Dr Saidmann przy udziale asystentów zakładu fizyologii pp. Dra Eigera i inż. Borkowskiego. Wykazały one, że 0·75% rozczyn hedonalu w 0,75% rozczynie NaCl, podawany przy ciepłocie ciała z szybkością 60—80 cm³ na minutę, wywołuje spokojny, głęboki sen, zbliżony do snu naturalnego z jednoczesnem zniesieniem odruchów i znieczuleniem ogólnem. Wprowadzany rozczyn nie wywołuje żadnych zmian we krwi, nie daje hemolizy, ani aglutynacyi, nie ma wpływu na ciśnienie krwi, nie wywiera wpływu ujemnego na mięsień sercowy (elektrokardyografia), przeciwnie działa raczej jako »analepticum«, nie poraża przewodnictwa nerwów, jest obojętny dla narządów miąższowych —, daje tylko sen i znieczulenie na drodze powinowactwa z tkanką nerwową ośrodków korowych. Dawka trująca o wiele jest wyższa od dawki usypiającej. K. zastosował ten sposób znieczulania 17 razy u chorych i jest z niego dotychczas zadowolony. Wiek operowanych wahał się między 9 i 65 r. ż. ilość zużytego rozczynu hedonalu od 870 do 2050 cm³ (hedonalu samego od 6,5 do 15,4 grm.).

Uśpienie występowało pomiędzy 9 a 79 minutami (to ostatnie przy błędach w technice i konieczności ponownego wprowadzania kaniuli do żyły). Oddech i tętno, stale kontrolowane podczas znieczulenia, poza pewnem przyspieszeniem, zmian nie wykazały. Po doprowadzeniu chorego do uśpienia i znieczulenia i rozpoczęciu operacyi, trzeba w pewnych odstępach czasu dodawać na nowo po 100—200 cm³ kilka razy, poczem występuje już sen stały, w którym chory pozostaje przez 6—8 godzin. W przerwach pomiędzy wlewaniami hedonalu wlewa się fizyologiczny rozczyn NaCl przez tę samą kaniulę dla zapobieżenia powstawaniu skrzepów przy jej wylocie. Niedogodną stroną metody jest jej kłopotliwość. Należy mieć zawsze świeżo przygotowany i wyjałowiony rozczyn hedonalu, co trwa dość długo. Następnie trzeba w znieczuleniu infiltracyjnem odszukać żyłę w zgięciu łokciowem (v. mediana cubiti — 8 razy) lub na goleni (v. saphena — 9 razy) i do żyły wprowadzić kaniulę przyrządu, mającego dwa działkowane zbiorniki, jeden na rozczyn hedonalu, drugi na rozczyn soli kuchennej. Wypływ hedonalu musi uprzednio być zapomocą odpowiednich zaciskadeł śrubowych uregulowany na 70—90 cm³ na minutę, rozczyn soli — na częste krople. K. wprowadza kaniulę do żyły w zasadzie zawsze odśrodkowo, aby przez porwanie prądem krwi mogącego powstać skrzepu nie wywołać zatoru. Przyrząd i kaniula muszą stale być dozorowane przez osobnych funkcyonaryuszy. Poza kłopotliwością ma metoda ta jedną jeszcze niedogodną stronę, mianowicie krwawienie z rany obfitsze, niż przy innych znieczuleniach, a wywołane zwiększoną ilością płynu w naczyniach krwionośnych i w pewnym stopniu obniżoną krzepliwością krwi. Poza tem dotychczas nic się zarzucić nie da. Sen i znieczulenie są doskonałe, niema żadnych ubocznych powikłań, żadnych podnieceń przed uśpieniem, co najwyżej pewien stopień rozczulenia i płaczliwości; napięcia mięśni nie ma. Nawet bardzo osłabieni chorzy znoszą dobrze to znieczulenie i już teraz odnosi K. wrażenie, że znieczuleniu temu można poddawać chorych, dla których wszelkie inne znieczulenie ogólne byłoby niebezpieczne. Wielkie znaczenie ma brak wszelkich dolegliwości po obudzeniu się z uśpienia. W czasie trwania uśpienia twarz chorych ma dobry, spokojny wyraz.

Po wykładzie przystąpił K. do wykonania w obecności zebranych znieczulenia hedonalem na chorej, której po wystąpieniu uśpienia usunął sutek rakowato zmieniony łącznie z gruczołami i mięśniami piersiowymi.

3) Prof. Kader przedstawia:

a) Chorego l. 30, u którego w celu usunięcia kurczowego stanu kończyny górnej na tle **kurczowego porażenia połowiczego** wykonał **operacyę sposobem Förstera**. Po usunięciu łuków kręgów 5. 6. i 7. szyjnego i 1. i 2. piersiowego i nacięciu opony twardej wycięte zostały tylne korzonki nerwów 6. i 8. szyjnego i 1. piersiowego. Wynik dotychczas (2 miesiące od operacyi) bardzo mierny. Stan kurczowy, wprawdzie mniej silny, pozostał. Chory pozostaje w dalszem leczeniu miesieniem i ruchami.

b) Chorego l. 27, u którego powstało **porażenie nerwu kulszowego po zwichnięciu kulszowem uda** (lux. femoris ischiadica) i po odprowadzeniu tego zwichnięcia poza kliniką. Czy zwichnięcie, czy akt odprowadzenia wywołały porażenie — ustalić się nie da. Porażenie trwa od 3 miesięcy. K. dokonał odsłonięcia nerwu aż do for. infrapiriforme, uwolnił go z otaczających zrostów, naciął podłużnie bliznę w nerwie i otoczył nerw błoną z formalinowanego worka przepuklinowego (**neurolysis, tubulisatio**).

c) Chorego l. 20 z bardzo znacznemi **wykrzywieniami wszystkich kończyn** na tle krzywicy. Przez szereg zabiegów — **osteotomii, wydłużania ścięgien**, kończyny dolne chorego wyprostowano i doprowadzono do stanu zbliżonego do prawidłowego.

d) Chorego, l. 32, który klinicznie przedstawiał wszelkie cechy zwężenia bliznowatego odźwiernika na tle wrzodu, zwłaszcza pod względem chemicznych cech treści żołądka. Badanie wykonano kilkakrotne w odstępach dwumiesięcznych podług Gluzińskiego. Laparotomia wykazała guz, nadający się do resekcyi. Resekcyę wykonano z powodzeniem, — a badanie drobnowidowe wykryło **raka galaretowatego** z przerzutami w gruczołach.

e) Chorego l. 32, operowanego z powodu guza w okolicy kątnicy, trwającego od 4 miesięcy. Rozpoznanie kliniczne wahało się między nowotworem a naciekiem zapalnym tej okolicy, powstałym na tle zapalenia wyrostka robaczkowego; myślano nawet o promienicy. Bardzo wybitną była twardość guza, niemal chrząstkowa. Laparotomia wykazała, że guz twardy otaczał wyrostek robaczkowy i nie dał się oddzielić od kątnicy i końcowego odcinka jelita biodrowego. Dokonano wycięcia guza wraz z kątnicą i częścią jelita biodrowego. Badanie guza wykazało, że w środku jego przebiegał zmieniony wyrostek robaczkowy, zawierający źdźbło roślinne; odśrodkowa część wyrostka była rozszerzona do rozmiarów jamy wielkości orzecha laskowego, dośrodkowa zwężona, drożna tylko dla cienkiego zgłębnika. Badanie drobnowidowe nie wykryło ani nowotworu, ani promienicy, ani gruźlicy, a tylko przewlekłe zmiany zapalne. Była to więc ta postać **przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego**, która wywołuje twarde nacieki zapalne w otoczeniu (**appendicitis sclerotisans**).

f) **Wyrostek robaczkowy, usunięty** u chorego **w chwilę po powstaniu przebicia**, ale przed rozwinięciem się objawów ogólnych ze strony otrzewnej. Chory został przez operacyę uratowany.

Oba ostatnie przypadki potwierdzają podnoszoną przez R. od szeregu lat konieczność bezwzględnie doszczętnego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego. Im wcześniejsza operacya, tem lepsze wyniki. Nie posiadamy żadnego innego pewnego leczenia tej choroby i żadnego kryteryum dla oceny rokowania.

4) Doc. Dr Radliński przedstawia:

a) Chorego, lat 20, który przed dwoma tygodniami zgłosił się do kliniki w 12 godzin po otrzymaniu ze zwykłego rewolweru, z odległości paru kroków, **rany postrzałowej w brzuch**. Chory chodzi, odczuwa tylko nieznaczny ból w dole brzucha. Wlot postrzału w linii sutkowej lewej na poziomie pępka; wylotu postrzału nie ma. Pomimo braku objawów zarówno krwotoku zewnętrznego, jak zajęcia otrzewnej, dokonał R. natychmiast laparotomii. Ręka, wprowadzona do jamy brzusznej, natrafiła na kulę, wolno poruszającą się w jamie brzusznej, owiniętą i obrośniętą w lewym dolnym kącie sieci. Na jednej z pętli jelita cienkiego znajduje się stłuczenie z podbiegnięciem krwawem, nie grożącem całości pętli, w okrężnicy zaś zstępującej otwór, zaklejony zmiażdżoną tkanką, gotowy lada chwila do powstania przedziurawienia zupełnego. Otwór ten obszyto w typowy sposób przez wypuklenie, ranę brzuszną zaszyto. Chory ma się zupełnie dobrze, rana zagojona. Bez laparotomii przypadek ten musiałby się skończyć zapaleniem otrzewnej z przebicia z chwilą oddzielenia się martwego czopa tkankowego, zamykającego na razie otwór w jelicie. W warunkach dobrze urządzonego zakładu chirurgicznego laparotomia próbna dla przekonania się o stanie rzeczy jest dla chorego mniej niebezpieczna, niż wyczekiwanie z otwarciem jamy brzusznej, aż wystąpią objawy zapalne ze strony otrzewnej wskutek przebicia któregoś z narządów.

b) Chorą, l. 57, u której w znieczuleniu hedonalowem na drodze bocznej faryngotomii z resekcyą gałęzi żuchwy, wyciął prelegent dużego **mięsaka limfatycznego** (lymphosarcoma) **migdałka** lewego, przechodzącego ku podniebieniu, nozdrzom tylnym i podstawie czaszki. Tracheotomii uprzedniej nie robiono, zapobiegając zaciekaniu krwi do dróg oddechowych przez nizkie ułożenie głowy. Dla dostępu musiano zabrać tylną połowę podniebienia twardego i całe miękkie. Guz udało się usunąć w granicach tkanek zdrowych. Chora zniosła zabieg bardzo dobrze. Obecnie oddycha i połyka prawidłowo i jest na drodze do wyzdrowienia. Znaczny rozrost guza i jego złośliwość zmuszają do oględności w ostatecznem rokowaniu. (Streszczenie własne).

5. Prof. Bujwid przedstawia wyleczony **przypadek tężca**, który nasuwał trudności rozpoznawcze.

Zastępca sekretarza doroczn. Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 22. XI. 1911.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. Goldberg przedstawił kobietę, u której dokonał **cholecystostomii** i usunął wielką liczbę kamyczków żółciowych (175).

2). Kol. M. Silberstrom wygłosił odczyt: **O anafilaksyi, jej stosunku do odporności i znaczeniu w patologii.** Zjawisko anafilaksyi zawdzięcza swoje odkrycie i wystudyowanie nowoczesnej nauce o odporności, która się wyłoniła z niezliczonych doświadczeń na zwierzętach. Klasyczny obraz anafilaksyi daje świnka morska, której wstrzyknięto surowicę końską. Obserwacya ta wzięła początek od metody miarowania surowicy przeciwbłoniczej i została zestawiona przez Otto z dawniejszemi podobnemi obserwacyami Buchnera i Behringa, w pierwszym zaś rzędzie z doświadczeniami Richeta, który jest właściwym odkrywcą anafilaksyi. Dalsze etapy w rozwoju nauki o anafilaksyi stanowią prace Arthusa nad anafilaksyą u królików i prawie jednoczesne prace Pirqueta i Schicka nad chorobą posurowiczą u człowieka. Prelegent zatrzymuje się nad sprawą tożsamości zjawiska anafilaksyi u różnych gatunków zwierzęcych i u człowieka, następnie nad zjawiskiem anafilaksyi biernej i przechodzi do rozpatrzenia teoryi anafilaksyi, omawia teoryę trawienia parenteralnego i wylicza część spostrzeżeń co do działania na ustrój peptonów, wprowadzonych do krążenia krwi. W dalszym ciągu przechodzi prelegent do teoryi amboceptorowej, którą poprzedza krótkim wstępem o roli amboceptorów i komplementu w ustroju, jednocześnie do sprawy tożsamości precypityn i ciał anafilaktycznych i wreszcie do odkrycia anafilatoksyny przez Friedbergera. Od anafilatoksyny bakteryjnej, przechodzi prelegent do teoryi Friedbergera o stosunku anafilaksyi do odporności i do chorób zakaźnych, które ten autor uważa za rozmaite postacie zatrucia anafilatoksyną, do poglądu, że gorączka jest również odczynem anafilaktycznym i następnie do krytyki tych poglądów, wychodzących z innego obozu badaczy.

W drugiej części odczytu rozpatruje prelegent szczegółowo postacie chorobowe, które się zbliżają do typu anafilaksyi, a mianowicie: choroby wysypkowe ostre (przyczem podaje teorye Pirqueta i Moro o pochodzeniu wysypek), dalej dur brzuszny, oraz nawrót durowy, zapalenie płuc włóknikowe, objawy wakcynacyi i rewakcynacyi i t. d., rozpatruje stosunek nadwrażliwości ustroju gruźliczego na tuberkulinę do anafilaksyi, opisuje gorączkę sienną, jako objaw zatrucia białkiem roślinnem i wreszcie zjawiska anafilaktyczne ze strony dróg oddechowych, oraz t. zw. »asthma anaphylacticum« w związku z idyosynkrazyą na substancye białkowe pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. W końcu

wypowiada prelegent własny pogląd o pochodzeniu anafilaktycznem choroby skórnej »prurigo infantilis«, która jego zdaniem bierze początek od szczepienia dzieci krowianką, wywołującego uczulenie ustroju surowicą krowią i zostaje podtrzymywana obfitem karmieniem dzieci mlekiem krowiem po odstawieniu od piersi. Część białka krowiego z mleka, dostając się niezmieniona do obiegu krwi, powoduje ciągłe ponowne zatrucia ustroju, których wyrazem jest wysypka pokrzywkowa. Prelegent zachęca pedyatrów i dermatologów do ścisłych obserwacyi w tym kierunku. (Streszczenie własne).

Towarzystwo lekarskie radomskie.

77. Ogólne Zebranie 16 grudnia 1911 r.

Obecnych 21 członków.

1) Przed porządkiem dziennym kol. Kosicki przedstawia chorego po operacyi skutkiem **wgłobienia kątniczo-okrężniczego.**

2) Kol. Cung przedstawia chorego na **drżączkę porażną.**

3) Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Fidler.

4) Kol. Sekretarz odczytuje protokół poprzedniego Zebrania, który przyjęto.

5) Kol. Przewodniczący odczytuje list egzekutorów testamentu ś. p. Adeli Hr. Ożarowskiej z dnia 4. grudnia 1911 r. z prośbą o wskazanie lekarza, do któregoby mogli się zwrócić z prośbą o należenie do gremium Zarządu mającego powstać Szpitala dziecięcego w Radomiu, poczem kol. Przewodniczący otwiera dyskusyę.

Kol. Szczepaniak proponuje, by prezes Towarzystwa, ktokolwiek nim będzie, stale należał do gremium Zarządu, jako przedstawiciel naszego Towarzystwa.

Po dłuższej dyskusyi przyjęto, że należy wybrać jednego z grona członków Towarzystwa, pod tymi jednak warunkami: 1) że wybrany ściśle będzie się stosował do dyrektywy naszego Towarzystwa, 2) że w sprawach drobnych będzie miał swobodę działać według swego uznania, 3) że w sprawach ważnych, spornych, winien się zwracać do Towarzystwa o opinię.

Kol. Przewodniczący proponuje przystąpić do wyborów na członka Zarządu mającego powstać Szpitala dziecięcego. Wybrany został większością głosów kol. Franciszek Kosicki, który wybór ten przyjmuje.

6) Kol. Przewodniczący odczytuje list egzekutorów testamentu z dnia 6. grudnia b. r., że placu przy szosie Kozienieckiej, zajętego przez wojsko, a należącego do Ministeryum dóbr Państwa, nie będzie można stanowczo nabyć, wobec czego proszą o wskazanie innego placu. Kol. Przewodniczący wobec tego wskazuje jako odpowiedni plac przy szosie lubelskiej naprzeciwko placu p. Wickenhagena, co przyjęto do wiadomości.

7) Kol. Przewodniczący zapytuje zebranych, czy zgadzają się na urządzenie wspólnego Zebrania adwokatów i lekarzy w celu wspólnej dyskusyi nad zagadnieniami sądowo-lekarskiemi. Zebrani zgadzają się na urządzenie tego Zebrania w lutym lub marcu 1912 roku.

8) Kol. Przewodniczący zapytuje się, czy zebrani zgadzają się na urządzenie Zebrania w styczniu 1912 r. w sprawie zamierzonej budowy Szpitala dziecięcego i zaproszenie kolegów Bączkiewicza i Brudzińskiego z Warszawy, Prezydenta i Radnych m. Radomia, oraz Inżyniera miasta i Redaktora miejscowej »Gazety Radomskiej«. Zebrani zgadzają się.

Kol. Przewodniczący daje głos kolegom Przyłęckiemu i Kelles-Krauzowi, którzy zdają sprawę z delegacyi, odbytej w celu zwiedzenia Szpitala Szlenkierów w Warszawie.

Kol. Przewodniczący daje głos kol. Kossakowi i p. Dorocińskiemu, którzy odczytują sprawozdanie z delegacyi, odbytej celem zwiedzenia Szpitala Anny Maryi w Łodzi.

Kol. Przewodniczący daje głos kol. Kelles-Krauzowi, który odczytuje sprawozdanie z delegacyi celem zwiedzenia szpitala Vetterów w Lublinie.

Kol. Przewodniczący dziękuje p. Dorocińskiemu, kolegom Przyłęckiemu, Kossakowi i Kelles-Krauzowi za przywiezienie obfitego materyału.

Członek Zarządu Sekretarz T. Rakowski.

W sprawie projektowanych zakładów sanitarnych w Krakowie.

(Dokończenie).

»Miejska pracownia bakteryologiczna ma służyć do kontrolowania czystości wody wodociągowej, używanej do picia w mieście, dalej ma badać studnie w gminach przyłączonych, aby można mieć kontrolę nad studniami zanieczyszczonemi, lód ze stawów i rzek przywożony zimą na zapas do miasta, możliwie często niektóre produkty spożywcze, zwłaszcza mleko targowe i w mleczarniach. Jej zadaniem będzie badanie każdego przypadku chorób zakaźnych o niepewnem rozpoznaniu, ozdrowieńców po takich chorobach zakaźnych, jak błonica, dur brzuszny, czerwonka, cholera, badanie t. zw. roznosicieli zarazków, badanie skuteczności odkażania w przyrządach miejskiego zakładu dezynfekcyjnego i odkażania formalinowego w mieście (w mieszkaniach), systematyczne badanie wody wiślanej pod Krakowem, zanieczyszczenia wód kanałowych, kontrola, o ile stosowane sposoby zwalczania kurzu wypełniają swoje zadanie, badanie zanieczyszczenia powietrza w salach szkolnych.

Wykonywanie tych wszystkich badań w istniejących w mieście zakładach uniwersyteckich jest niemożliwe, gdyż zakłady te mają zupełnie inne zadania: naukowoteoretyczne i dydaktyczne.

To też, zdając sobie sprawę z potrzeby pracowni bakteryologicznych, wiele miast w Europie takie pracownie urządziło. Tak np. pracownie bakteryologiczne miejskie wykonały analiz:

	1908	1909	1910	1911 roku
w Szczecinie	2650	2910	4020	?
w Bochum	1829	1768	1146	?
w Duisburgu	357	1575	1949	?
w Krakowie od października			45	602

We wszystkich aptekach krakowskich umieścił miejski Urząd zdrowia odpowiednie naczyńka, służące do pobierania podejrzanego materyału zakaźnego i przesyłania go celem zbadania do miejskiej pracowni bakteryologicznej.

Nowa pracownia została zaprojektowana według wymagań nowoczesnych i z obliczeniem, że jej zapotrzebowanie przez miasto i przez publiczność z roku na rok będzie wzrastać; zwrócono też w planach uwagę na to, że miasto będzie prawdopodobnie rosnąć.

T. zw. pracownia dżumowa składać się ma z przedpokoju, z jednego pokoju do badań, z łazienki, ustępu i małego pomieszczenia dla zwierząt doświadczalnych. Pracownia ta ma służyć do badania dżumy, nosacizny, cholery i wąglika, o ile przypadki tych chorób pojawią się w Krakowie. Żadna z istniejących obecnie w Krakowie pracowni bakteryologicznych nie przedstawia na ten przypadek dostatecznego bezpieczeństwa, również i przyszła miejska pracownia bakteryologiczna nie może sama do tego służyć i musi mieć na to osobny oddział.

Do badań tych szczególnie niebezpiecznych chorób starano się projektowaną pracownię możliwie przygotować. Umieszczono ją w osobnym budynku, aby nikt niepowołany do niej nie wchodził, podczas gdy do pracowni bakteryologicznej miej-

skiej wstęp musi być dozwolony lekarzom, służbie, posłańcom, publiczności interesowanej. Do projektowanej pracowni dżumowej będzie miał wstęp wyłącznie badający dany materyał, będzie on zostawiać swoje ubranie zwykłe w przedpokoju, przywdzieje chałat, obuwie i czapkę płócienną i w tym stroju zajmie się badaniem. Po jego ukończeniu zostawi chałat, obuwie i czapkę płócienną w pracowni, przejdzie do łazienki, wykąpie się, a po wyjściu z niej, ubierze się w swoje zwykłe ubranie. Okna w pracowni, z dużych szyb złożone, nie dadzą się otwierać, będą wmurowane w ścianę, aby uniemożliwić przedostawanie się much i owadów do pracowni lub z pracowni na zewnątrz. Wentylacya ma być elektryczna, otwory wentylacyjne będą gęstą siatką zaopatrzone, a drzwi podwójne. Wykonywanie w tej pracowni teoretycznych badań nad dżumą jest zupełnie wykluczone.

Dom dla służby zakładów sanitarnych. Zaprojektowano w jednym domu 2-piątrowym 18 mieszkań, złożonych z 1—2 pokoi z kuchnią, łazienką, spiżarką, klozetem, strychem i ogródkiem dla każdego mieszkania. Obecnie wynosi służba zakładu dezynfekcyjnego z woźnicami i maszynistą 10 osób. Ilość ta jest stanowczo za mała i powinna już teraz wynosić przynajmniej o 3 osoby więcej (2 dezynfekcyonaryuszy i 1 woźnicę). Do tego przybędą 1 służący dla pracowni bakteryologicznej, 1 pomocnik maszynisty i 1 stróż dla całego kompleksu budynków. Będzie więc 16 osób. W razie przyłączenia Podgórza musi być liczba służby dezynfekcyjnej znowu zwiększona, mogą prócz tego zajść inne konieczności powiększenia ilości służby tak, że obawiać się należy, iż 18 mieszkań będzie za mało już za kilka lat. Ale wzgląd na szczupłe fundusze gminy nie pozwolił więcej projektować.

Postawienie domu dla służby w sąsiedztwie zakładu dezynfekcyjnego zaoszczędzi jej bardzo wiele czasu, który teraz traci na dwukrotną dziennie wędrówkę do zakładu i do domu, ułatwi jej znacznie tę służbę i umożliwi przez to przestrzeganie ścisłe regulaminu«.

Elaborat Dra Janiszewskiego i Doc. Nitscha kończy się krótkiem zestawieniem przeprowadzonych dotąd przez miejski Urząd zdrowia w Krakowie reform sanitarnych i treściwym wywodem o rzeczywistej rentowności wydatków na cele zdrowotne w gospodarstwie społecznem.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wybory do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej rozpisało Namiestnictwo (reskr. z 2. II. 1912 L. VII, a. 2560/1) na 28. lutego b. r. Niektóre starostwa, jak się dowiadujemy, oznaczyły wcześniejszy termin składania kart wyborczych; byłoby to nieprawidłowe i niezgodne z rozporządzeniem Namiestnictwa. W sprawie wyborów zwołał Krajowy Związek lekarzy wiec lekarzy krakowskich w d. 21. II. b. m. W głosowaniu próbnem na wiecu otrzymali największą ilość głosów proponowani na członków Izby: Dr Ciechanowski, Damski, Schoengut, Stahr, a na zastępców Dr Murczyński, Wachtel Z. senior, Weinsberg, Żydłowicz.

— Prof. Dr Browicz, prof. Dr Cybulski, prof. Dr Ciechanowski i prof. Dr W. Jaworski zostali mianowani członkami honorowymi, a Dr Janiszewski członkiem zakrajowym »Spolku ceskych lekaru« w Pradze.

— Prof. Dr Wrzosek został mianowany członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego w Wilnie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. II. do 17. II, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 4 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 15, płonicy 6 † 2 (2 † 1), odry 4, duru brzusznego 5 † 1 (4 † —), zapalenia opon 1 (1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. W dniu 8. b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którem m. i. p. J. Tur przedstawił mikrofotogramy i rysunki, ilustrujące nowy typ potworności »kardiocefalii«, a p. Erazm Majewski — »Zagadnienia życia organicznego«.

Łódź. Ponieważ na razie miasto nie posiada funduszów, aby można było przystąpić do budowy szpitala ogólnego, postanowiono najpierw wznieść szpital dla chorych na choroby zakaźne, obliczony na 200 łóżek. Wzniesionych ma być 12—13 pawilonów, między innemi pawilon dla chorych, znajdujących się pod obserwacyą, oraz pawilon izolacyjny. Projektowany szpital ma być wzniesiony albo w końcu szosy Karolewskiej, albo przy szosie Konstantynowskiej, w pobliżu lasu.

— Zarząd Towarzystwa »Liga przeciwgruźlicza« otrzymał pozwolenie gubernatora na urządzenie w Łodzi 22 odczytów na ogólny temat »Gruźlica i walka z nią«. Odczyty te będą wygłaszane przez lekarzy w różnych dzielnicach miasta.

Choroby zakaźne w Łodzi. W szpitalu zakaźnym znajdowało się w d. 1. I. 1912 chorych na ospę 27, płonicę 6, różę 1. Od 1. I. do 19. II. 1912 przybyło przypadków: ospy 44 († 6), płonicy 2, duru osutkowego 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Świeżo zamknięty Sejm uchwalił, przyjmując prowizoryum budżetowe, m. i. następujące subwencye w dziale spraw zdrowotnych: Szpitale SS. Miłosierdzia w Czerwonogrodzie, Rozdole, Bursztynie, Przeworsku, Nowosiółkach i Maryampolu 5400 kor., Szpitalik św. Zofii we Lwowie na utrzymanie kolonii leczniczej w Iwoniczu 1600 kor., Szpital komisyi klimatycznej w Zakopanem 600 kor., OO. Bonifratrzy w Krakowie 2500 kor., Zakład św. Józefa we Lwowie 2000 kor., Szpital izraelicki we Lwowie 4000 kor., Lecznica powszechna we Lwowie 2500 kor., Narodna licznycia we Lwowie 2000 kor., Kolonie lecznicze w Rymanowie 1000 kor., Kolonia lecznicza w Rabce 600 kor., Towarzystwo leczniczych kolonii dla dzieci izraelickich w Krakowie 500 kor., Towarzystwa ratunkowe we Lwowie i w Krakowie po 600 kor., Tatrzańskie ochotnicze Pogotowie ratunkowe 600 kor., Szpital dla matołków w Iwoniczu 3000 kor., Na koszta leczenia matołków w powiecie Nowotarskim i w zakładzie ks. Podgórskiego w Iwoniczu 1250 kor., Radzie wyznaniowej izraelickiej w Krakowie na utrzymanie chorych 2000 kor. Szpitale izraelickie w Samborze i Tarnopolu po 600 kor., Braci Miłosierdzia w Zebrzydowicach 600 kor., Dom zdrowia Bratniej pomocy w Zakopanem 1000 kor. i na budowę domu przez 10 lat po 2500 kor. rocznie, Towarzystwo zdrowia dla piersiowo chorej młodzieży żydowskiej we Lwowie 200 kor., Stowarzyszenie dla zwalczania gruźlicy we Lwowie 3000 kor., Dom zdrowia nauczycielstwa polskiego w Zakopanem 500 kor., Kolonia lecznicza dla dzieci w Krynicy 500 kor., Stowarzyszenie PP. Ekonomek w Krakowie na utrzymanie szkoły zawodowych pielęgniarek 1000 kor.

— W 50-letnim jubileuszu Towarzystwa psychiatrycznego w Petersburgu uczestniczyli jako delegaci »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« profesorowie Zaleski, Ziemacki i Czeczott, z których pierwszy w przemówieniu swojem podkreślił zasługi polskich psychiatrów, Balińskiego i Mierzejewskiego, dla rozwoju psychiatryi w Rosyi.

— Austryackie ministerstwo handlu zezwoliło na próbę przesyłać przedmioty do badania bakteryologicznego pocztą listową (jako przesyłki polecone). Przedmioty takie muszą być poczwórnie opakowane (silne naczyńko szklanne ze szklannym korkiem, puszka metalowa, futerał drewniany, papier), opatrzone napisem »Próbka bakteryologiczna; ostrożnie!«, a mogą być nadawane przy każdem, w danej porze dnia otwartem okienku urzędów pocztowych, ewentualnie wrzucane do puszek listowych.

Przesyłki materyału, podejrzanego co do cholery lub moru, mają być nadawane »express« z dopiskiem »doręczyć także w nocy«; o wysłaniu takiego materyału ma być odpowiedni zakład uprzedzony telegraficznie. W starostwach ma się zawsze znajdować zapas puszek do przesyłki, a apteki będą wezwane do utrzymywania ich na składzie. (Rozporządzenie ministra spraw wewn. z 23. stycznia 1912. L. 8590/s ex 1911).

— Komitet austryacki dla międzynarodowych Zjazdów przeciwgruźliczych prosi nas o zaznaczenie, że VII Zjazd międzynarodowy odbędzie się stanowczo w Rzymie (Via in Lucina 36). Zgłoszenia wykładów przyjmuje także Biuro komitetu austryackiego (Oesterreichisches Komitée zur Vorbereitung internationaler Tuberkulosekonferenzen und Kongresse, Wien I. Wallfischgasse 8).

— Dla ilustracyi, jakie przetwory puszczane bywają z szumną reklamą w handel, przytaczamy kilka najciekawszych: Przeciwko tryprowi zalecają reklamy środek »energon« »leczący na pewno trypra«, a składający się z benzolu, oliwy, kreozotu i tanniny. Upławy ma leczyć »na pewno« »dianol« Dr Schäffera, który składa się z sody, ałunu i barwnika! »Jedynym środkiem przeciwko migrenie« ma być »lecimorol«, kosztujący 3 marki, a zawierający... tran i 7% lecytyny. »Natychmiast zapobiega moczeniu nocnemu« »enoctura«; są to czekoladowe pastylki zawierające kaolinę i jakiś wyciąg roślinny z żelazem. »Prawdziwy szwajcarski balsam na wole« (skutek »gwarantowany« w 5 dni!), jest to maść złożona z tłuszczu, mydła, jodku potasu i olejku gaulteryanowego. Przeciwko dychawicy reklamują »krople Linda«; jest to 5% rozczyn olejku terpentynowego w spirytusie! Kamień zębowy rozpuszcza dokładnie i szybko »blancodont«. Jest to ni mniej, ni więcej, tylko 4% kwas solny. X.

Mianowani: okulista Prof. Krückmann z Królewca profesorem w Berlinie, ginekolog Prof. Walthard z Frankfurtu profesorem w Giessen.

Zmarli: zoolog Prof. Hansen, odkrywca prątka trądu, w Bergen; ginekolog Prof. Ehlers w Brunszwiku, internista Prof. emer. Stofella d'Alta Rupe w Wiedniu.

Redakcya otrzymała. Dukalski: Rozwój zaufania do medycyny w ciągu ostatnich lat 20 u ludu w zach. części gub. kaliskiej. »Zdrowie« 1912. — Gluziński: 1) Dalsze spostrzeżenia nad moją metodą rozpoznawania charakteru cieśni odźwiernikowej względnie przechodzenia wrzodu okrągłego żołądka w raka. Odb. z »Księgi pam. Uniw. lwowsk.« 1912. 2) Ostéoarthropathie hypertrophiante Mariego. Kraków 1911. 3) Die schweren Formen der Anämie im Zusammenhange mit der Tuberkulose etc. »Beiträge zur Klinik der Tuberkulose«. — Blassberg: Cukrzyca a uraz. »Nowiny lek.« 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. lutego 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr Jekelsa: O psychoanalizie Freuda.

Po posiedzeniu odbędzie się **wieczerza koleżeńska.**

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.